

**Relaciones entre capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las
comunidades campesinas víctimas del conflicto armado**

Milene Calvo Silva

Clara Olivo Ortega

Universidad de la Costa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Departamento de Psicología del Individuo

Maestría en Psicología

Barranquilla

2019

**Relaciones entre capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las
comunidades campesinas víctimas del conflicto armado**

Milene Calvo Silva

Clara Olivo Ortega

Tesis dirigida por:

Tutor: Aura Alicia Cardozo

Cotutor: Omar Fernando Cortes Peña

Universidad de la Costa

Facultad de ciencias Humanas y Sociales

Departamento de psicología del individuo

Maestría en psicología

Barranquilla

2019

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma del jurado

Barranquilla, 2019

Agradecimientos

“Amar es encontrar en la felicidad de otro tu propia felicidad” (Leibniz, 1646-1716).

Frase que inspira no solo mi vida, si no también mis acciones como profesional de esta maravillosa carrera. Agradezco a Dios por regalarme la oportunidad de aportar a la recuperación emocional y restablecimiento de los derechos de las víctimas del conflicto armado en el departamento del Cesar. Agradezco a mi papá por mostrarme que en la defensa de los derechos humanos estaba mi vocación. A mi mamá por acompañarme en tantos momentos difíciles y hacer de mí una mujer que puede hacer grandes aportes a la sociedad. A mi hermano por enseñarme que la disciplina y la constancia en nuestros sueños son la mitad del camino para lograrlos. A mi cuñada por ser mi hermana, amiga y cómplice. A mi gran tesoro Sofía Calvo Escobar, mi sobrina, por construir conmigo un nuevo camino de amor, además de motivarme a ser mejor persona cada día y lograr ser un buen ejemplo para ella. A Clara Olivo, mi amiga y compañera por ser parte de este gran proyecto y compartir ideales de transformación social conmigo. A mis primas Nalled, Naired y Lorena por estar presentes en los mejores y peores momentos. A mi tía Iris (QEPD) por ser un ejemplo de lucha y toda mi familia en general por ser una incubadora de amor.

Milene Patricia Calvo silva

Este trabajo es para las víctimas. Son ellas a quienes debo agradecer por dejarme participar, escuchar y por ser parte, por un momento, de sus vidas. Agradezco a Dios por darme la oportunidad de ser parte de esta profesión tan valiosa para la sociedad. Recuerdo que, de pequeña, mi abuela me enseñó a observar el silencio de la naturaleza en cada atardecer en el campo. Comparto este secreto porque hay momentos en la vida en que merece la pena detenerse unos instantes para hacer silencio, serenar el pensamiento y agradecer. Esta investigación, es el

resultado de un largo tiempo de trabajo, esfuerzo y reflexión. A sí mismo es fruto de un camino en el que muchas personas e instituciones han dado su apoyo para que pueda llevar a cabo.

Intentaremos, representar a todas ellas, aunque mi gratitud no se reduce a esta lista.

En primer lugar, agradezco a la Universidad de la Costa, a los directivos, a los profesores por la permanente disposición y acompañamiento, valoro los aportes y acompañamiento a la Doctora Aura Cardozo, Omar Cortes quienes orientaron cada etapa de este proceso. Quiero resaltar el valioso apoyo de mis familiares y amigos. Gracias a mi abuela Inés Canchila por señalarme el camino por acompañarme y ser testimonio para no bajar los brazos. A mi princesa Natasha, mi hija, compañera, amiga por ser mi motor, mi motivación en cada etapa de mi vida. A mi papá que ha sido una persona que ha venido contribuyendo cada capítulo de vida, me ha enseñado la disciplina que se requiere para conseguir el éxito de los procesos, gracias padre por llegar a mi vida en el momento oportuno quién me enseñó a enamorarme de los libros y del estudio; así como a seguir mi camino y luchar por lo que creo. A Milene Calvo, mi amiga, mi confidente, gracias por ser parte de este proceso encaminado al bienestar de las víctimas del conflicto.

Clara Olivo Ortega

Resumen

La violencia en Colombia es un fenómeno que ha golpeado al país desde la década de los 60's con la creación de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), e incluso desde mucho antes, sin embargo, se hará énfasis en la violencia paramilitar, la cual surge como una estrategia contra insurgente del Estado y sus fuerzas armadas. El paramilitarismo aumenta su poder cuando el narcotráfico incursiona en su organización; esto expandió sus acciones y, por ende, se hicieron más violentos. Los distintos impactos que han dejado las acciones violentas en la población civil deben iniciar a responder a una estrategia sistemática que obedecen a intereses de particulares, el número de hechos victimizantes y las víctimas que se derivan de esta ola de violencia catalogan a Colombia como uno de los países más violentos y desiguales del mundo, y la aceptación por parte de la mayoría de sus habitantes ha generado una cultura violenta, esto hace que las comunidades pierdan su único medio de subsistencia y sus proyectos de vida, por tanto la presente investigación es considerada una contribución al análisis de la relación entre capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental de las comunidades de El Platanal, La Concordia y El Caimán.

Palabras clave: Capital Social, Cogniciones Postraumáticas, Salud Mental

Abstract

Since the 60s, Colombia has suffered because of the armed conflict, with the emergence of groups such as the Revolutionary Armed Forces of Colombia (FARC) and Paramilitaries. However, this document has as aim to emphasize the paramilitary violence, as counterinsurgency force of the armed forces of the Colombian state. The Paramilitarism increases its forces with the use of drug trafficking, this caused them to expand its forces and become more violent. The violent actions have caused serious impacts in the civilian population, these actions are originated from a systematic strategy whit particular interests. The number of victimizing facts and the victims makes Colombia as one of the most violent and unequal countries in the world, this has caused in its inhabitants the acceptance of a culture of violence, and that communities lose their only means of subsistence and their life projects. From the above, the following research is considered a contribution for the analysis of the relationship between social capital, posttraumatic cognitions and mental health of the communities of El Platanal, La Concordia and El Caimán.

Keywords: Social Capital, Post-traumatic Cognitions, Mental Health

Contenido

Lista de tablas y figuras	10
Introducción	12
Capítulo 1	12
1.1 Problema	14
1.2 Justificación	21
1.3 Objetivos	24
1.3.1 Objetivo general	24
1.3.2 Objetivos específicos	24
Capítulo 2	25
2.1 Marco teórico	25
2.1.2 Salud mental	25
2.1.3 Cogniciones postraumáticas	29
2.1.4 Una perspectiva alternativa: el trauma psicosocial	30
2.1.5 El trauma desde la Psicología Cognitiva	32
2.1.6 Capital social	40
2.2 Hipótesis general	46
2.3 Definición de variables	48
Capítulo 3	52

3.1 Metodología	52
3.2 Población y muestra	53
3.3 Instrumentos	53
3.4 Procedimiento	56
3.5 Marco legal y consideraciones éticas	57
Capítulo 4	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discusión	86
4.3 Conclusiones	93
4.4 Recomendaciones	95
Referencias	97
Anexos	110

Lista de tablas y figuras

Tablas

Tabla 2.3.1 Definición operacional	50
Tabla 4.1.2 Hechos victimizantes	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4.1.3 Niveles de capital social según cada dimensión	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4.1.4 Nivel de capital social por comunidad	69
Tabla 4.1.5 Nivel de cogniciones postraumáticas	70
Tabla 4.1.6 Nivel de cogniciones postraumáticas por comunidad	71
Tabla 4.1.7 Niveles de salud mental por cada dimensión	72
Tabla 4.1.8 Niveles de salud mental por comunidad	73
Tabla 4.1.9 Diferencia de medias en capital social según sus dimensiones	73
Tabla 4.1.10 Diferencia de medias en salud mental según sus dimensiones	75
Tabla 4.1.11 Diferencia de medias en cogniciones postraumáticas según sus dimensiones	78
Tabla 4.1.12 Correlación de capital social y salud mental	80
Tabla 4.1.13 Correlación de salud mental y cogniciones postraumáticas	82
Tabla 4.1.14 Correlación de variables	83

Figuras

Figura 1 Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas	18
Figura 2 Edad de los jóvenes	61
Figura 3 Sexo	62
Figura 4 Estado civil	62
Figura 5 Nivel educativo	63
Figura 6 Estrato	63

Figura 7 Personas a cargo	64
Figura 8 Organización a la que pertenece	64
Figura 9 Actividad económica	65
Figura 10 Tipo de desplazamiento	65
Figura 11 Relación con la tierra	66
Figura 12 Hechos victimizantes	68
Figura 13 Diferencia de medias en capital social	75
Figura 14 Diferencias en salud mental	77
Figura 15 Diferencia de medias en cogniciones postraumáticas	79

Introducción

La presente investigación permitió contextualizar la historia de la violencia armada en Colombia, sus causas y algunos de los componentes que han mantenido el conflicto en el país, iniciado con un período de confrontación bipartidista conocido como el periodo de la Violencia, vivido a mediados del siglo XX, el cual se entrelaza con el surgimiento en los años sesenta con el llamado conflicto armado, confrontación de carácter insurreccional, mediante la formación de guerrillas que enfrentan al Estado colombiano desde una perspectiva ideológica teñida con diversos matices asociados a posturas de izquierda y que ha perdurado a lo largo de los últimos 53 años alcanzando el siglo XXI.

Este contexto de violencia ha demarcado la historia reciente del país y ha impactado en diferentes esferas de la vida, en el campo social, político, económico, permeando la cotidianidad y normalizando la violencia, incidiendo de forma indirecta a la totalidad de la nación a través de secuelas en la salud mental, el bienestar de las personas, grupos e incluso comunidades y ha conllevado al resquebrajamiento del tejido social y del capital social de los colombianos.

Dada esta situación, el objetivo de este trabajo es analizar las relaciones existentes entre el capital social, las cogniciones postraumáticas y los niveles de salud mental como bienestar en comunidades campesinas que han sido víctimas directas del conflicto armado. Para tal fin se trabajó con participantes de las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán del municipio de Codazzi en el departamento del Cesar, ubicado en la región del Caribe Colombiano.

Conforme a Keyes (2005), es preciso suponer que las cogniciones postraumáticas se deben a la experiencia del trauma vivido de manera directa por el conflicto armado, y sus efectos en el capital social se pueden observar a través de la capacidad de trabajar conjuntamente para

dar frente a problemas comunes, siendo estas las variables de estudio mediante las cuales se espera aportar a la consolidación de herramientas empíricas para una intervención en pro del desarrollo de su potencial humano, al bienestar individual y colectivo de quienes se han visto abocados a vivir la experiencia de la violencia.

Consecuente con el objetivo de investigación el diseño metodológico fue de alcance correlacional, a temporalidad transversal con tipo de muestreo probabilístico, utilizando un cuadernillo con los siguientes instrumentos: la Escala para la Medición del Capital Social (EMCASO) (Cardozo- Rusinque y Cortes Peña, 2015), Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, et al (1999) y validada por Blanco, Díaz, Gaborit & Amarís (2009), Escala de Satisfacción con la Vida, Escala de Bienestar Psicológico (Ryff, et al, 1989) Adaptada al español Díaz, et, al (2005). Escala de Bienestar Social Keyes (1998), adaptada al español Blanco & Díaz (2005).

Capítulo 1

1.1 Problema

La violencia sociopolítica ha sido parte de la cotidianidad del país por más de medio siglo. En el siguiente apartado se empieza por definir la violencia sociopolítica desde la perspectiva del Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP, 2004), quienes consideran que es un medio de lucha político-social cuyo objetivo es sostener o en su defecto modificar, reemplazar o destruir un modelo de Estado o sociedad; también, con fines como el de someter, reprimir o destruir a un colectivo humano debido a sus preferencias sociales, políticas, raciales, culturales, entre otras (Gómez et al., 2016).

Los conflictos armados tienen la característica que no se dan entre Estados, sino al interior de estos. Entendidos como conflictos armados que influyen en la política internacional a través de tres formas: (1) amenazan la paz y las seguridades regionales e internacionales; (2) generan efectos transnacionales que requieren de la atención de la comunidad internacional y de los países directamente afectados, por ejemplo, el desplazamiento forzado, refugiados o expansión de la violencia; (3) imponen dilemas éticos, morales y legales a los estados que se han adherido a los instrumentos del derecho internacional humanitario, sobre todo en contextos de emergencias humanitarias (Prado, 2015).

Si bien a lo largo de Latinoamérica se presentaron múltiples conflictos armados entre finales de la Segunda Guerra Mundial y los inicios de los años noventa, cabe anotar que el más prolongado ha sido el conflicto armado colombiano, dada una combinación de fenómenos que complejizaron su aparición, duración e impacto, como son actores de diferentes grupos armados ilegales, denominados guerrillas de las FARC, el ELN, el EPL, el M-19 y la posterior aparición en los años 80 de grupos al margen de la ley denominados paramilitares, y por este mismo

tiempo el surgimiento del narcotráfico, situación que complejizó el conflicto y determino su extensión en el tiempo y su impacto en la totalidad de la nación, con consecuencias graves sobre la población civil con el desplazamiento, asesinatos selectivos, masacres y lesiones a causa de las minas antipersona, entre otros (Alerta, 2012).

La violencia sociopolítica ha causado en Colombia, graves violaciones a los derechos humanos. Si se tiene en cuenta el periodo desde el cual la Ley 1448 de 2011, donde se afirma que las personas víctimas del conflicto armado declaren hechos ocurridos después del 1° de enero de 1985, y partiendo del inicio de los diálogos de Paz con la guerrilla de las FARC en noviembre de 2012, se evidencian que en lo transcurrido de los años 1985 y 2012, una cifra de 220.000 muertes, de las cuales el 81,5% competen a civiles, el 18,3% a combatientes y 5,7 millones a personas desplazadas (Gómez et al., 2016). En ese periodo de 1985 al 2012, también se identificaron 1.982 personas víctimas por minas antipersona, 1.982 masacres. Entre 1970 y el 2010, los casos de secuestro fueron 27.023 (Peralta, 2014).

El conflicto armado en Colombia ha provocado a través de los años un impacto significativo en la estabilidad y la estructura social del país, lo cual ha llevado a un deterioro en la calidad de vida, salud física y mental de los ciudadanos (Muñoz, 2002; citado por Gómez et al., 2016), a la vez que ha generado diversos traumas en la sociedad colombiana, evidenciándose traumas relacionados al conflicto armado interno con un 7,9% que se suma a otros traumas al constituirse en un marco para diferentes formas de violencia, entre estos se encuentran traumas asociados a crímenes comunes identificados en el 10,4 y 10,7% de la población adulta en Colombia y con violencia domestica del 6,1 al 7,7% (ENSM, 2015).

Colombia ha vivido hechos violentos que han superado el impacto individual de las víctimas directas, es decir, que durante este tiempo en donde se presentaron masacres,

desapariciones forzadas, homicidios, desplazamientos forzados, entre otros delitos que vulneraron los derechos humanos, no solo se perjudicó a personas, sino que también a familias y comunidades. Esto hace que sea necesario observar las distintas dimensiones en que es afectada una víctima en razón de su género, religión, cultura, edad, territorio, entre otras, debido a que el conflicto armado, ha causado víctimas despojadas de sus tierras por pensamientos e ideales diferentes.

El conflicto ha dejado como resultado a nivel nacional por cada hecho victimizante según la Unidad de Víctimas (2018), el siguiente panorama: a) abandono o despojo forzado de tierras, 6.446 personas; b) actos terrorista/atentados/combates, hostigamientos, 89.703 personas; c) amenazas, 383.187 personas; d) confinamiento, 9.649 personas; e) delitos contra la libertad e integridad sexual, 25.064 personas; f) desaparición forzada, 169.764 personas; g) desplazamiento forzado, 7.379.975 personas; h) homicidio, 997.264 personas; i) lesiones personales físicas, 5.836 personas; j) lesiones personales psicológicas, 7.528 personas; k) minas antipersonas/munición sin explotar/artefacto explosivo, 11.403 personas; l) pérdidas de bienes muebles o inmuebles, 113.123 personas; m) secuestro, 36.627 personas; n) sin información, 126 personas; ñ) tortura, 10.794 personas; o) vinculación de niños, niñas y adolescentes, 7.455 personas, esto entendiendo que la Ley 1148 de 2011 plantea en su artículo 3 que se considera víctimas, para todos los efectos de esta ley, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir de primero de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al derecho internacional humanitario o de violaciones graves y manifiesta a las normas internacionales de derechos humanos, ocurrida con ocasión de conflicto armado interno.

Como se mencionó anteriormente, el conflicto armado ha estado complejizado por la presencia de otros actores armados ilegales que irrumpieron en la dinámica nacional a partir de la década de los años 80, tales como el narcotráfico y el paramilitarismo. Muestra de ello, Moor y Van de Sandt (2014) han evidenciado las cifras estimadas de las víctimas: 2.600, a causa de asesinatos selectivos; 500, por masacres y 240, por desapariciones forzadas, las cuales se le adjudican al Frente Juan Andrés Álvarez (en adelante Frente JAA) de las AUC.

Los grupos armados al margen de la ley no reconocen ni personas, ni comunidades para justificar su accionar; es decir, si como grupo armado se realizaron acciones violentas en contra de una comunidad o de una persona, en primer lugar, lo que se desconoce, es su condición como sujeto de derecho, lesionando así su ciudadanía y ejerciendo control social sobre las comunidades afectadas.

Las estrategias y todas las acciones violentas que llevaron a cabo los Grupos Armados Ilegales Organizados al Margen de la Ley – GAOML correspondientes a la insurgencia y el paramilitarismo, ha dejado un sin número de víctimas y múltiples afectaciones materiales, psicosociales, morales, colectivas entre otras; que merecen ser analizadas con la claridad suficiente y argumentada; que permita dimensionar el alcance que esta accionar violento dejó a su paso en tanto la victimización y la vulneración de la población civil, cuyas secuelas aún permanecen en la cotidianidad social y política del país.

Según la Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas (UARIV, 2018), los datos actuales por cada hecho victimizante a nivel nacional, excepto despojo de tierras, es el siguiente:

HECHO	PERSONAS	HECHO	EVENTOS
Abandono o Despojo Forzado de Tierras	9.419	Abandono de Tierras	10.298
Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos	81.897	Acto terrorista	89.408
Amenaza	402.863	Amenaza	428.908
Confinamiento	21.187	Confinamiento	22.478
Delitos contra la libertad y la integridad sexual	27.360	Desaparición forzada	182.864
Desaparición forzada	171.567	Desplazamiento	8.279.096
Desplazamiento	7.469.351	Homicidio	1.088.617
Homicidio	1.001.100	Integridad sexual	28.549
Lesiones Personales Físicas	7.758	Lesiones Personales Físicas	7.837
Lesiones Personales Psicológicas	15.654	Lesiones Personales Psicológicas	15.763
Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo	11.462	Minas antipersonal	11.737
Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	114.503	Perdida de Bienes Muebles o Inm	124.013
Secuestro	36.882	Secuestro	38.302
Sin información	1.182	Sin información	1.202
Tortura	10.679	Tortura	10.839
Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes	7.616	Vinculación de Niños y Adolescentes	8.077
		Total	10.347.988

Figura 1 Unidad de Atención y Reparación Integral a Víctimas *Nota:* tomado del documento Unidad de (UARIV, 2019).

Estas seis décadas de violencia que ha sufrido Colombia, por causa de la lucha de intereses ideológicos. A través de los distintos actos de violencia, los grupos insurgentes dejan en evidencia la lucha por mantener el poder de territorialidad siguiendo sus propios intereses políticos y económicos (Madariaga y Blanco, 2012).

Todos esos acontecimientos violentos que ha tenido que enfrentar el pueblo colombiano, ha dejado en las víctimas, graves secuelas en la salud física y mental; incluso se afirma que suelen sufrir más por los efectos emocionales, que por las heridas físicas de la guerra (Médicos Sin Fronteras, 2013). Otros estudios confirman que existe una relación proporcional entre los actos de violencia y los problemas de salud mental a largo plazo, en las víctimas del conflicto (Bell et al., 2012; citado en Hewitt et al., 2016). El impacto psicológico desde una perspectiva positiva de la salud mental también ha sido ampliamente estudiado, dando cuenta un deterioro

del bienestar subjetivo, psicológico y social de las víctimas de la violencia, tal como lo evidencian las investigaciones de Palacio, Abello, Madariaga y Sabater, 1999; Palacio, Correa, Díaz, Jiménez, 2003; Abello et al., 2009)

Según la Unidad de Atención Integral a Víctimas del Conflicto Armado (corte: 31 de mayo de 2018), se encuentra 8.746.541 millones de personas registradas históricamente: hombres, mujeres y niños que han visto sus vidas fracturadas por el evento traumático de la violencia, donde se puede observar comunidades que han sufrido el impacto psicosocial de ver destruidas sus familias, sus redes sociales, sus proyectos de vida, sus vínculos con la sociedad, su capacidad de confiar en el otro, sus bienes más preciados y hasta su misma identidad, para convertirse en colectivos cada vez más fragmentados, compuestos por personas afectadas física, psicológica y socialmente.

Sumado a esto, se evidencia una ruptura del tejido social producto de un conflicto de larga duración, que a su vez afecta aspectos tales como la confianza, la reciprocidad y la cooperación entre las comunidades, así como la capacidad de establecer redes de apoyo y trabajo conjunto para la solución de problemas comunes, la capacidad de participar activamente o de hacerlo bajo la presencia del miedo y la amenaza a su propia vida tal como lo demuestra la muerte sistemática de los líderes sociales y defensores de derechos humanos en el territorio nacional, con 343 homicidios entre el 1° de enero de 2016 y el 22 de agosto de 2018 (Defensoría del Pueblo, 2018) y con esto impactando el capital social de las víctimas directas del conflicto, pero también de la sociedad en general (Cardozo -Rusique, 2015; Palacio, Sabatier, Abello, Amar, Madariaga, y Gutiérrez, 2001).

Dado este contexto, resulta relevante centrarse en las comunidades participantes en la presente investigación, donde se evidencia esa combinación de actores armados que azotaron las

comunidades, especialmente en los territorios objeto de estudio de la presente investigación: El Platanal, La Concordia y El Caimán en el departamento del Cesar. Lo cual se expresa en los acontecimientos más relevantes del conflicto armado en estas comunidades, víctimas; los cuales fueron cometidos por el accionar de grupos armados como el Frente José Martínez Quiroz del ELN, el Frente 41 de las FARC - EP de las Guerrillas y el Frente, Juan Andrés Álvarez de las AUC. La violencia paramilitar causó alrededor de 59.000 víctimas de desplazamiento forzoso, en la zona minera del Cesar.

La ONG Pax Holanda (2017) afirma que en estos territorios hubo un desarraigo del campesino con sus tierras, favoreciendo los intereses de grandes empresas multinacionales que se encuentran en esta zona; estos hechos fueron a mano de grupos armados al margen de la ley, provocando un desplazamiento forzado masivo familias y comunidades, que en la actualidad todavía continúa, lo cual ha traído graves consecuencias sociales, económicas, físicas y psicológicas para los miembros de esta comunidad. Esto afectó el desarrollo social de esta comunidad, limitando el ejercicio pleno de sus derechos individuales y colectivos, afectando así su capital social, la dinámica familiar, la capacidad ciudadana, la salud mental, además de las relaciones con las instituciones estatales y privadas, locales, nacionales e internacionales.

Teniendo en cuenta esta situación y los intereses de la presente investigación, se plantea la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es la relación entre el capital social y las cogniciones postraumáticas con la salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia, El Caimán?

1.2 Justificación

Algunas investigaciones han demostrado que el impacto de eventos traumáticos como el desplazamiento por violencia deteriora las relaciones interpersonales e intrapersonales conllevado por la desconfianza y la descomposición social. Las víctimas se ven afectadas en su auto-valoría, percepción de sus habilidades y capacidades para funcionar con autonomía, y con una sensación de estancamiento en su desarrollo personal. Adicionalmente, la violencia afecta la percepción sobre el mundo y sobre sí mismos, presentando creencias negativas sobre el yo que redundan en una sensación de inseguridad en el entorno social en el que habitan (Benítez et al., 2007; Abello et al., 2009; Santamaría y Amarís, 2009; Manrique y Madariaga, 2009; citados en Madariaga y Blanco, 2012).

Se ha comprobado que la guerra tiene efectos devastadores en la salud mental y el bienestar social de las víctimas. Las víctimas del conflicto armado en Colombia pueden presentar a largo plazo alteraciones psíquicas como el trastorno de estrés postraumático, ansiedad o depresión o secuelas emocionales que dificultarían la interacción y adaptación social de estos en su medio. Frente al bienestar social pueden perder la confianza en el otro y evitar las relaciones interpersonales, lo que limitaría su círculo de apoyo social y, por ende, sus estrategias de afrontamiento (Blanco y Díaz, 2004; Abello et al., 2009; citados en Madariaga y Blanco, 2012)

De esta manera, con la presente investigación se busca aportar a un análisis científico sobre cómo se asocian las variables de estudio Cogniciones Postraumáticas, Salud Mental como bienestar y Capital Social, con el fin de aportar a los procesos de intervención psicosocial, además de la obtención de elementos de análisis para posteriores recomendaciones a las comunidades y a las instituciones competentes sobre el desarrollo del sujeto social en cuanto al ejercicio de su ciudadanía, respecto a su victimización y restablecimiento de sus derechos, pero

también de su salud mental y su capital social. En síntesis, se espera hacer un aporte social a partir de los resultados del presente estudio a las distintas instituciones encargadas de garantizar la restitución de derechos a las víctimas, para alcanzar la verdad, la justicia y la reparación integral, así como para promover dentro de la comunidad acciones que permitan el restablecimiento de su tejido social y el fortalecimiento de su bienestar.

El desarrollo de esta investigación ha sido importante a nivel institucional debido a la pertinencia sobre el abordaje de esta problemática sociopolítica teniendo en cuenta el momento histórico que vive el país, particularmente en el posconflicto y la construcción de paz, como oportunidad para restablecer la salud mental y los lazos sociales dando prioridad a la atención a las víctimas, apoyando y dejando un punto partida hacia nuevas investigaciones orientadas a las líneas de investigación de Desarrollo Sostenible, Convivencia, Paz y Justicia, y a la sub-línea de Relaciones Individuo-Estado, Democracia y ciudadanía de la Universidad de la Costa.

Dentro del campo de estudio y psicología, es pertinente ya que, recoge del contexto colombiano una de las problemáticas que demandan un abordaje interdisciplinario con mayor prontitud y enmarcado en las posibilidades que se abren en el marco del posconflicto y los procesos de construcción de paz, una vez firmados los acuerdos de la Habana con las guerrillas de las FARC, uno de los actores armados de mayor impacto en el ejercicio de la violencia en el país.

Por otra parte, los resultados de la presente investigación, permitirán incrementar el aporte teórico sobre el tema de capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental. Todo esto, con la intención de que a futuro se implementen procesos sociales orientados a mejorar la calidad de vida de estas comunidades, para que desde el quehacer profesional se aporten herramientas encaminadas a disminuir el dolor humano que se ha establecido en la memoria y en

la vida de las víctimas directas e indirectas, tanto a nivel individual como familiar, colectivo y organizativo, tal como lo exigen las políticas públicas desarrolladas en el marco de la Ley 1448 de 2011 o Ley de víctimas donde uno de sus principales intereses es dignificar la calidad de vida de las víctimas, al considerar las condiciones psicosociales de las víctimas, orienten los procesos de intervención de manera más acertada respondiendo al artículo 139 de la ley 1448 de 2011, o como lo piden las convenciones de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1948, 2004, 2014), donde proclaman la salud mental como la presencia de bienestar físico, psicológico y social, y donde ponen como un determinante fundamental la paz.

Por tanto, se hace necesario llevar a cabo este estudio, ya que, permitiría aportar a la comprensión desde la psicología de los efectos de la violencia en el bienestar y el capital social de las víctimas participantes y revisar los vacíos existentes frente a las secuelas sociales, emocionales y cognitivas de las víctimas del conflicto armado; es así, como se pretende aportar en la reconstrucción del tejido social y visibilizar de alguna manera, la necesidad de crear un plan de intervención interdisciplinario que favorezca la salud mental de las víctimas. De esta manera, la realización de este estudio sirve como un aporte para las futuras investigaciones e intervenciones sociales en la región Cesarene.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar la relación entre el capital social, las cogniciones postraumáticas y la salud mental en la comunidad campesina de El Platanal, La Concordia y El Caimán víctima del conflicto armado en el municipio de Codazzi en el departamento del Cesar.

1.3.2 Objetivos específicos

- Estimar los niveles de capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán
- Comparar los niveles de capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán.
- Analizar la relación entre capital social y salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán.
- Analizar la relación entre cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán.

Capítulo 2

2.1 Marco teórico

En el siguiente apartado se desarrollaran los fundamentos teóricos que orientan la presente investigación, iniciando con la perspectiva de salud mental en la que se basa la presente investigación, la cual se desarrolla a partir de la perspectiva positiva de la salud propuesta por la OMS (1948), desarrolla por la institución y fortalecida en los años 2004 y 2014, donde se establece un especial interés por el componente social que afecta la salud mental y se reconoce que el ser humano es un ser situado, contextualizado e histórico (Blanco y Valera, 2017). Seguidamente se desarrollan los aspectos asociados a las cogniciones postraumáticas (Foa et al., 1998), que dan cuenta del impacto en las creencias frente a sí mismo, frente al mundo y frente a la auto culpa, en las personas que si bien no desarrollan cuadros clínicos como el trauma de estrés postraumático, si evidencian efectos al ser expuestas a experiencias traumáticas; finalmente se desarrolla el concepto del capital social, que es entendido como un recurso psicosocial para el restablecimiento del bienestar (Cardozo, 2015).

2.1.2 Salud mental

Desde hace tiempo, la psicología ha respondido a un modelo de salud mental como simple ausencia de enfermedad y ha dirigido sus esfuerzos de intervención a la desaparición de los síntomas patológicos (Keyes, 1998; Díaz, Blanco, Sutil & Schweiger, 2007)

En la actualidad, las definiciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están enmarcadas en el concepto de salud mental como proceso, entendida como aquella dimensión de las relaciones entre las personas y grupos, que les permite propender por la transformación de condiciones y calidad de vida en favor de sí mismos y de sus colectivos (6-7).

El concepto de salud puede ser abordado desde múltiples paradigmas, ubicados dentro de tres vertientes fundamentales: (a) teorías que interpretan la salud como ausencia de enfermedad; (b) las que asumen un objeto autónomo de salud, social y adaptativo, y (c) aquellas que se enmarcan en enfoques axiológicos, y no han delimitado de manera suficiente los diferentes planos en que emerge la salud (biológico, social, político e ideológico).

La salud mental, habitualmente, es definida en términos de normalidad. Teóricos como Daniel Offer y Melvin Sabshin han caracterizado cuatro perspectivas utilizadas en la literatura científica para delinearla en que se desarrollan los seres humanos. (a) Normalidad como ausencia de enfermedad; (b) Normalidad como utopía, a modo de un conjunto de atributos del aparato psíquico que conduce a un funcionamiento óptimo; (c) Normalidad como promedio, basada en el principio matemático de la curva de distribución normal; y, (d) Normalidad como proceso, que entiende la normalidad conductual como resultado de sistemas interactuantes, que centran su interés en los cambios a lo largo del tiempo, más que en una definición transversal.

Según Martin- Baró (1984) la salud mental es “una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones (síntomas) y estados (síndromes)” (p.505). Tanto la propuesta de la ONU (1948) sobre la salud mental, como los aportes de Martin- Baró (1984) que de una parte se aleja del modelo médico y de otra da relevancia al contexto, se constituyen en un paso de entrada a una nueva perspectiva de la salud: la perspectiva positiva de la salud mental.

Desde la psicología, se han venido realizado avances significativos en torno a esta mirada positiva de la salud mental, en un giro disciplinar que no solo aborda la salud mental desde una perspectiva clínica, sino que consolida una búsqueda que dé cuenta de aspectos psicosociales que

inciden en una postura que complejiza, en tanto más integral, la comprensión de los problemas humanos (Castaño, 1998, Madariaga, 2002; Blanco & Amarís, 2013), mediante los cuales se busca integrar las diferentes dimensiones de la salud mental proclamadas por la OMS (1948) cuando proclama la salud mental como más que la ausencia de enfermedad, la presencia de bienestar físico, psicológico y social, el cual es desarrollado sistemáticamente por la OMS (2004).

Se han desarrollado los postulados sobre el bienestar subjetivo, entendido como la satisfacción global que se tiene frente a la vida; con el bienestar psicológico (Ryff, 1989), entendido como la capacidad de sentirse bien consigo mismo, mantener relaciones estables y confiables, mantener y expresar sus convicciones e independencia, tener control sobre el entorno, proponerse objetivos vitales y desarrollar las potencialidades; el desarrollo del concepto de bienestar social (Keyes, 1998), que incluye las interacciones cercanas de las personas, con fundamento está la confianza frente al otro, en la auto-eficacia, en la capacidad de aportar a la sociedad, la confianza en el futuro y la capacidad de entender lo que pasa en el mundo.

A continuación se presentara las tres dimensiones que se centran en estudios asociados con la presencia de salud mental, propuesta que se consolida en el modelo del estado completo de salud (Keyes, 2005), postura que resulta de especial interés para la presente investigación en cuanto recoge las tres dimensiones de la salud mental, subjetiva, psicológica y social, dando cuenta con este último aspecto de una dimensión que complementa la mirada clínica de la salud mental, situando al sujeto frente a las condiciones sociales, que dan paso a la consolidación del ámbito psicosocial que ha ganado relevancia en las últimas dos décadas. A partir de dichos postulados se define la salud mental como un estado completo en la que los individuos son libres de la psicopatología y con un funcionamiento personal y valor social floreciente, expresados con

altos niveles de bienestar emocional, psicológico y social (Keyes, 2005), en concordancia con la percepción de la salud como un estado completo que consiste no solamente la ausencia de enfermedad, sino en la presencia de algo positivo (Ryff & Singer, 1998; Organización Mundial de la Salud, 1948).

La perspectiva de la salud mental positiva se constituye en un aporte significativo en cuanto da un giro a los conceptos tradicionales de la salud mental que se centraban en la salud como ausencia de enfermedad. Así mismo, estos postulados integran diferentes dimensiones de la salud mental: La salud mental individual, la cual se ve determinada por factores biológicos (factores genéticos o desequilibrios bioquímicos cerebrales) y factores psicológicos (factores de la personalidad y psicológicos que pueden generar niveles de vulnerabilidad para la presentación de trastornos mentales); y factores sociales (aspectos socioeconómicos, cambios sociales rápidos, el estrés, la discriminación, la exclusión social, la violencia, la mala salud física y la violación a los derechos humanos) (OMS, 2014).

Según Keyes (2005), define que la salud mental, más que la ausencia de enfermedad, “es un completo estado en el que los individuos son libres de la psicopatología, y poseen altos niveles de bienestar emocional, psicológico y social” (p. 539). Se articula la salud con la salud mental, en tanto forman parte de un continuo donde de una parte la ausencia de enfermedad no garantiza la presencia de salud; y de otra la salud mental supone la presencia de un funcionamiento psicosocial positivo (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007).

Jiménez (2018) identificó una correlación positiva entre capital social y salud mental, afirmando que existe una relación significativa y directa entre estas variables (capital social-salud mental), lo cual evidencia la importancia de fortalecer el capital social como un mecanismo que aporta a mejores niveles de bienestar humano, por cuanto se fortalecen aspectos como la

confianza, la cooperación, la reciprocidad y la capacidad de participar en espacios comunitarios, para hacer frente a problemas comunes, lo cual es un componente importante que permite garantizar un mayor bienestar humano en sus diferentes dimensiones, especialmente a nivel psicológico y social, es así como la persona mejora su salud mental y puede de esta manera aportar al crecimiento social de su contexto. Este resultado resulta relevante en tanto muestra la importancia de la confianza tanto interpersonal como frente a las instituciones, lo cual afecta no solo su bienestar social, sino la construcción de capital social, impactando de manera directa la construcción de redes de participación cívica y de apoyo social (Jiménez, 2018).

2.1.3 Cogniciones postraumáticas

Existe un acuerdo en torno a que el trauma se presenta cuando el sujeto es expuesto a una experiencia traumática en los términos propuestos por el DSM-IV (Davidson y Foa, 1993; Helman, 1997). Sin embargo, es pertinente distinguir entre el hecho traumático y el trauma (Echeburua, 2004). El primero como un evento negativo e intenso, que surge de manera abrupta, inesperada e incontrolable y que pone en peligro la integridad física y psicológica de un sujeto, que, además, se muestra incapaz de afrontarlo, lo cual impacta fuertemente a la víctima, en cuanto aparece la sensación de indefensión y terror. Por su parte, el trauma es la reacción psicológica generada por la exposición a dicho evento traumático.

Por otra parte, el trauma es considerado como un problema psíquico originado por el impacto de una determinada experiencia (Hidalgo y Davidson, 2004; Rubin y Bloch, 2001), que deja secuelas negativas y una huella desfavorable para la vida de la persona (Baró, 1988). En este sentido los eventos traumáticos tienen unas características entre las que se encuentran: ser eventos intensos, severos, que implican oscuridad o ruido, rápido, no previsible, incontrolable y pérdidas personales; a lo que agrega. Si el evento traumático es colectivo, tiene un mayor

impacto psicológico, constituyéndose además en catástrofes sociales que conducen a la aparición de síntomas (Beristaín, 1999).

En este recorrido histórico se muestra que la psiquiatría realiza un aporte a la comprensión del trauma en el DSM-4 y el DSM- 5, a partir de una visión unilateral del daño, en cuanto se asienta en una concepción positivista coherente con el modelo médico y psicologizante (Blanco y Díaz, 2004). Por lo cual lo ubica como una enfermedad, que no da cuenta del mecanismo por el cual se llegó a la presentación de los síntomas (Madariaga, 2001; Castaño, Jaramillo y Summerfield, 1998; Lira y Weinstein, 1994). Sin embargo, abre el abanico de posibilidades individuales frente al trauma al incluir al grupo primario y al ambiente social (APA, 1995).

2.1.4 Una perspectiva alternativa: el trauma psicosocial

Martin-Baró (1988) resalta tres aspectos que aportan a la comprensión del trauma psíquico: la brusquedad, la imprevisibilidad y el carácter individual de la experiencia traumatizante. Sesgan la comprensión del trauma, porque en primera instancia, no todos los traumas son impredecibles, ya que los que son producto de la violencia o la guerra son no solo previsibles, sino en muchas ocasiones planificados. Razón por la cual el autor hace un llamado a no centrar la atención en las situaciones postraumáticas, ya que hay que ver la situación pre-traumática, y el trauma como consecuencia normal del funcionamiento del sistema social. Es decir, no es un problema solo de carácter individual. El autor concluye que la herida que afecta a las personas se produce socialmente y su naturaleza (trauma-herida) se alimenta y mantiene en la relación individuo-sociedad. En tal sentido, se encuentran tres tipos de traumas: a) el trauma psíquico, el cual es la herida que causa una experiencia difícil; el trauma social, que es el proceso histórico que afecta una población; y el trauma psicosocial, el cual es de carácter esencialmente

dialéctico “de la herida causada por la vivencia prolongada de una Guerra” (Martín-Baró, 1988, p. 135).

El trauma se expresa a través de respuestas patológicas de gravedad variable, cuyo origen está en los acontecimientos sociales e individuales y en la significación que el acontecimiento tenga para el sujeto y para el grupo social (Lira, 1991). Desde los postulados de Martín-Baró (1984) se acuñó el concepto de “trauma psicosocial”, partiendo de entender que el trauma por su naturaleza se alimenta y mantiene en la relación individuo-sociedad. En dicha relación el individuo es parte activa y pasiva. Propone que los problemas psíquicos ligados a una situación de guerra sean denominados como traumas psicosociales.

El concepto de trauma psicosocial, es producto de una corriente de estudiosos que cuestiona la mirada médica y psicológica. Coloca en el centro del debate a las víctimas, a quienes consideran que no sólo quedan silenciadas, sino que las hacen “depositarias individuales de daños que van más allá del daño de la persona y la contribución a disminuir su capacidad de empoderamiento y su capacidad de análisis de las situaciones de injusticia y de violación de los Derechos Humanos que subyacen en las acciones de guerra y de represión” (Castaño, 1998, p.16-17).

La concepción de la experiencia traumática surge una perspectiva referencial del marco histórico y sociopolítico para situar un evento traumático. Bettelheim (1981; citado en Madariaga, 2002) argumenta que “la causalidad política del trauma se expresa descarnadamente en toda su trágica dimensión en cuanto a sus efectos devastadores en los sujetos individuales” (p. 7).

Baró (1988) quien parte de la concepción que tiene en cuenta el trauma por efectos de la violencia, la guerra que expone a las personas de manera prolongada a estas condiciones, pone

énfasis en causas externas tales como las condiciones socio-políticas, pero especialmente socioeconómicas, y psicosociales, donde el trauma no solo es un hecho socio histórico que evoluciona en el marco de las relaciones sociales, que tiene un tiempo y que afecta a la sociedad de manera diferenciada a partir de la pertenencia a la estructura social (Madariaga, 2002).

Estos elementos se enmarcan en un proceso de la experiencia traumática, compuesta por etapas que van de la mano de los diferentes conflictos manifiestos entre grupos y clases sociales que generan relaciones perturbadoras, lo que desencadena una segunda etapa, la confrontación armada enmarcando las relaciones sociales en el ámbito de la guerra y posteriormente las relaciones sociales posbélicas, donde se sigue manifestando el trauma social (Madariaga, 2002).

En este orden de ideas, un contexto violento promueve la modificación del sistema cognitivo de creencias (Foa, 1999), lo cual termina por normalizar los hechos violentos, institucionalizar la mentira y legitimar la violencia, lo que conlleva pérdida de poder para actuar frente a las situaciones adversas (Baró, 1988). Así el trauma fragmenta las relaciones entre la persona y la comunidad, destroza el sentido de pertenencia, las relaciones de apego, la creencia en la bondad del otro, además de la idea de que lo que hacemos tiene sentido y aporta el bien común (Blanco y Díaz, 2004).

2.1.5 El trauma desde la Psicología Cognitiva

Teniendo en cuenta la perspectiva clínica desde la que se aborda el impacto en las víctimas de desplazamiento forzado, el presente apartado se enriquece desde el abordaje de la psicología cognitiva, quien estudia las estructuras, procesos y representaciones, según como se perciban, aprenden, recuerdan y piensan la información particularmente desarrollado por el paradigma del procesamiento de la información, en el ámbito de los procesos mentales como objeto de estudio de la naturaleza mental, que da lugar a las terapias cognitivas en la década de

los años 60 en los Estados Unidos y se desarrolla con aportes de autores relevantes como Ellis (1955) con la terapia racional emotiva, Beck (1981) con la terapia cognitiva, como sus fundadores.

El trastorno de estrés postraumático es el marco que incluye el concepto de las cogniciones postraumáticas, en concordancia con ello, Clark (2000) sugiere que las personas con TEPT perciben una amenaza actual grave debido a una sobreevaluación negativa del trauma, sus secuelas y la característica de los recuerdos de la experiencia traumática que conducen a la presencia de re- experimentación. Intervienen en este proceso las estrategias y comportamientos cognitivos como la supresión de recuerdos, las excesivas precauciones para evitar eventos traumáticos, el consumo de alcohol y drogas, con lo que se busca reducir el sentido de amenaza actual. Clark & Ehlers (2004), Ehlers & Clark (2000), Foa & Kozak (1986) y Foa, Steketee & Rothbaum (1989) aportan a la construcción de esta perspectiva, frente a la teoría del procesamiento emocional, la cual se presenta como uno de los principales referentes teóricos en la comprensión y explicación del cuadro de estrés postraumático.

El DSM-V (APA, 2013) define el trastorno por estrés postraumático como:

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: a) Experiencia directa del suceso(s) traumático(s); b). Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros; c). Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental; d). Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s): a). Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s); b). Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s); c). Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.); d). Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s); e). Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: a). Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s); b). Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: a). Incapacidad

- de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas);
- b). Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (ej., “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso);
- c). Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás; d). Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza); e). Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas; f). Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás; g). Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: a). Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos; b). Comportamiento imprudente o autodestructivo; c). Hipervigilancia; d). Respuesta de sobresalto exagerada; e). Problemas de concentración; f). Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica. Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

En este sentido la presencia o ausencia del TEPT depende de la forma en que las personas procesan cognitiva y emocionalmente las experiencias traumáticas (Clark & Ehlers, 2004; Foa &

Kozak, 1986). En aquellos casos en los cuales se presenta el TEPT se sigue procesando el evento traumático con el mismo sentido de peligro experimentado en el momento del trauma original y en algunos casos se puede producir un efecto de generalización de la respuesta postraumática frente a otros estímulos asociados contextualmente (Clark & Ehlers, 2004).

Las investigaciones de Foa & Riggs (1993) y Foa & Rothbaum (1998), demuestran que las personas con trastorno de estrés postraumático desarrollan dos creencias centrales que se asocian con la forma en que se evalúan a sí mismos (el yo es incompetente), la cual disminuye la capacidad para enfrentar la adversidad, y al mundo (como un lugar amenazador y peligroso).

El modelo cognitivo de Beck (1976) propone que las emociones y las conductas son influidas por la percepción, interpretación y construcción de las situaciones. Su modelo está compuesto por tres componentes: 1) pensamientos automáticos, 2) distorsiones cognitivas y 3) esquemas cognitivos.

Las cogniciones irracionales postraumáticas. De acuerdo con Foa et al. (1991) y Bulman (1992) se necesita de la estabilidad de nuestro sistema cognitivo para funcionar adaptativamente en el mundo, pero cuando los eventos traumáticos sobrevienen y atacan, modifican directamente nuestro sistema cognitivo provocando dos disfunciones cognitivas básicas: el mundo es completamente peligroso y soy totalmente incompetente, las cuales ocasionan desde crisis psicológicas hasta la desintegración total del sentido de realidad.

Foa & Cahill (2001), afirman que las víctimas o sobrevivientes de los eventos traumáticos se ven a sí mismos como personas débiles e incapaces de controlar las situaciones cotidianas del entorno, viendo el mundo tan extremadamente peligroso que los deja imposibilitados para ejercer cualquier acción frente a la tensión que experimentan. Resulta importante resaltar lo que señala el autor a la hora de intervenir, identificar qué es lo que diferencia, en el campo del

procesamiento cognitivo y emocional, a aquellas personas que, tras un evento traumático, han desarrollado un TEPT crónico de aquellas otras que han logrado superarlo sin coste psicológico significativo. Unas y otras, sostienen los autores, difieren en tres aspectos que resultan centrales a la hora de descubrir los mecanismos que impiden o facilitan el procesamiento emocional tras un evento traumático y que, por tanto, allanan o entorpecen la posibilidad de un TEPT: a) primero, en la intensidad con que les afecta el hecho traumático; b) después, en sus reacciones iniciales al acontecimiento, y c) finalmente, en la manera como el hecho traumático queda grabado en su memoria (Foa y Rothbaum, 1998).

Partiendo de la hipótesis central de estos autores queda formulada en los siguientes términos: cualquier evento traumático activa, de manera preferente, dos esquemas centrales, estrechamente interconectados entre sí: a) la percepción que el sujeto tiene respecto a su competencia, fuerza, habilidad y capacidad para afrontar los acontecimientos, y b) su percepción respecto a la seguridad o peligrosidad del mundo y de la sociedad en la que vive.

Según los autores antes mencionados el desarrollo del TEPT crónico resulta de lo que suceda en tres ámbitos concretos. El primero de ellos, atañe a los esquemas de la víctima sobre el mundo y sobre el Self previos al acontecimiento traumático. Existe una alta probabilidad de que la experiencia traumática evolucione hacia un trastorno clínico cuando los esquemas previos respecto al self y respecto al mundo, son rígidos e indecibles y se sitúan en el extremo más positivo o más negativo del continuo: el procesamiento emocional se dificulta cuando el trauma corrobora o contradice bruscamente la creencia previa de que el yo es competente o incompetente, y el mundo es un lugar seguro o inseguro (Foa & Rothbaum, 1998). El segundo predictor del TEPT, tiene como marco el significado y la evaluación que el sujeto hace del evento traumático (Ehlers & Clark, 2000).

Según Foa & Rothbaum (1998) existen tres dimensiones: Cogniciones Negativas sobre el Yo (CNY), Cogniciones Negativas sobre el Mundo (CNM) y Auto-culpa (AC). Las investigaciones de Foa & Riggs (1993) y Foa & Rothbaum (1998), las personas con trastorno de estrés postraumático desarrollan dos creencias centrales que se asocian con la forma en que se evalúan a sí mismos (el yo es incompetente), la cual disminuye la capacidad para enfrentar la adversidad, y al mundo (como un lugar amenazador y peligroso).

El modelo cognitivo de Beck (1976) propone que las emociones y las conductas son influidas por la percepción, interpretación y construcción de las situaciones. Su modelo está compuesto por tres componentes: 1) pensamientos automáticos, 2) distorsiones cognitivas y 3) esquemas cognitivos. En los últimos años, se ha mostrado interés en estudiar la relación existente entre los acontecimientos vitales adversos y la salud mental, arrojando como resultados que las respuestas postraumáticas son diversas, desde la psicopatología hasta el crecimiento postraumático. Es así, como el entendimiento de las respuestas postraumáticas requiere la comprensión de factores de riesgo, protectores y mediadores los cuales explican las causas para el desarrollo y mantenimiento de alguna alteración psicológica (Gómez y Cárdenas, 2016).

Se ha evidenciado una relación entre el trauma, capacidad de resiliencia y el crecimiento postraumático, siendo estas influenciadas continuamente por factores biológicos, ambientales y sociales. De esta manera, para comprender las consecuencias en la salud mental ante eventos traumáticos, se debe analizar previamente los factores riesgo, protectores. Cuando una persona ha sufrido un suceso traumático intenta un ajuste emocional y cognitivo al darle sentido a la experiencia vivida. De esta manera se considera importante la valoración cognitiva del evento estresante, lo cual redundará en la movilización de las estrategias de afrontamiento con las que cuente la persona. Así, se ha propuesto que el procesamiento cognitivo durante el trauma

depende de factores como la duración e intensidad del evento, y la percepción de control del acontecimiento estresante, la experiencia previa a sucesos traumáticos, creencias negativas sobre uno mismo, un bajo nivel intelectual, problemas de abuso de alcohol, un nivel alto de activación y miedo, entre otros (Gómez y Cárdenas, 2016).

2.1.6 Capital social

Desde la década de los 90, surgió el interés estudiar al concepto de capital social. Ha sido explicado por diferentes disciplinas, entendiéndolo como los recursos que un individuo puede movilizar como consecuencia de su pertenencia a un grupo, la reciprocidad, la solidaridad o la confianza entre los miembros de un grupo, pasando por las características institucionales e incluso culturales de una sociedad (Urteaga, 2013).

El capital social, pone de manifiesto la importancia del entramado social en los niveles micro y meso social, entendido como las relaciones que las personas tienen con otros. Es decir, la creación de redes de confianza, solidaridad, cooperación y reciprocidad, que posibilitan la organización social, la asociatividad cívica (Durstun, 2002; Putnam, 1993) y la capacidad de actuar de manera conjunta para resolver problemas de carácter colectivo y de participar activamente en diferentes dimensiones del ámbito social, económico y político, con especial relevancia del comportamiento cívico, con “énfasis en cómo el desenvolvimiento de los vínculos comunitarios y sociales favorece el crecimiento económico y el desarrollo político” (Sudarsky, 2001, p.1).

Dimensiones del capital social.

Aunque no hay un acuerdo entre los diferentes autores, sobre las dimensiones del capital social, si son reiterativos aspectos como: a). Grado de confianza entre los actores de una sociedad; b). Normas de comportamiento cívico; c). Nivel de asociatividad que lo caracteriza

(Putnam, 1993; Rojas, 2010). Para Durston (2002), son básicamente la confianza, la reciprocidad y la cooperación, a estas dimensiones se une la solidaridad propuesta por Sudarsky (1998). Estas dimensiones, descritas en el siguiente apartado, se encuentran asociadas de manera particular al capital social cognitivo.

La confianza, es una actitud basada en la expectativa del comportamiento futuro de otra persona o instituciones que participan en una relación, lo cual tiene un soporte cultural expresado en el principio de reciprocidad (Durston, 2002). Más que una tradición, es la posibilidad de que responderán con un acto de generosidad, alimentando un vínculo que combina la aceptación del riesgo con un sentimiento de afectividad o de identidad ampliada (CEPAL, 2003; Durston, 2001).

Para Rojas (2010) la confianza “es un juicio que efectuamos hoy sobre comportamientos fundados en las prácticas y acciones pasadas” (p.13). La creencia de que los demás contribuirán al bienestar propio o conjunto y no intentarán hacer daño es necesaria para el establecimiento de relaciones con otras personas. Esta creencia no es innata, sino una decisión simultáneamente racional (se calcula que sus intereses son compatibles con los míos o que reconoce la conflictividad y se decide no profundizarla) y subjetiva (porque es una expectativa).

La confianza es una actitud fundamental, necesaria ante la incertidumbre y la creciente falta de control sobre el entorno. Luhmann (1996), establece una relación entre confianza y la complejidad social. “La confianza reduce el costo de transacción en las relaciones sociales y agiliza la toma de decisiones, reduciendo la complejidad social y posibilita la creación de reglas de conducta apropiada, constituyéndose en la base del orden democrático y social legítimo y legal” (p.15). Esta aproximación integra la interacción entre las personas, entre los ciudadanos con el Estado y con las instituciones e inclusive las relaciones establecidas entre países.

Por otra parte, la confianza contiene factores subjetivos y objetivos. La familia y parientes suelen ser quienes gozan de mayor confianza, pero en la medida que van distanciándose dan lugar a una confianza construida históricamente. Igualmente se encuentra la confianza que da la cercanía física, la cual se asocia a los modos de comportamiento esperados, dependerá de mayor intercambio y estará dirigida por la norma de reciprocidad o sentimiento de obligación mutua (Madariaga y Sierra, 2000). Cabe anotar que la norma de reciprocidad tiene una jerarquía: primero la familia, luego los parientes y vecinos y finalmente los extraños (Meyers, 1993; citado en Madariaga, Abello y Sierra, 2014). Además, es más efectiva en grupos pequeños, dada la interacción que estos tienen. Aunque al igual que las otras dimensiones se espera que se extienda al resto de la comunidad y la sociedad.

Consecuentemente, la confianza es considerada como una dimensión subjetiva de la política (Rojas, 2010), y base para la gobernabilidad y la convivencia democrática ya que influencia positiva o negativamente el funcionamiento democrático y el sistema internacional de paz; por lo que se constituye en un componente importante del capital social (junto con las normas de comportamiento cívico y el nivel de asociatividad).

La confianza es un concepto dinámico y determinado socio-culturalmente, que se presenta tanto en las relaciones interpersonales como a nivel institucional, social y político. Es un producto de la acción de fuerzas sociales y del liderazgo. La desconfianza, por su parte, demora las transacciones y resulta más costoso ante la necesidad de generar mecanismos de protección. Genera incertidumbre y niveles bajos de confianza interpersonal e institucional. La construcción de la confianza resulta difícil porque se requiere una cultura que valore el respeto, el sentido de igualdad y la justicia, además del sentido de mejoramiento personal, el sentido de responsabilidad por los otros y el sentido de reciprocidad (Tyler, 1994).

La reciprocidad es una dimensión íntimamente ligada a la confianza, se define como un principio que se generaliza sobre la base de la creencia de que un beneficio concedido será devuelto en el futuro (Putnam, 1993). Se entiende, además, como el establecimiento de ciertas obligaciones y expectativas de intercambio de favores entre individuos que forman parte de una misma estructura social. Para Coleman (1994) la reciprocidad se asocia con las obligaciones y expectativas que generan el intercambio de favores, el uso de amigos y conocidos como fuentes de información, las normas (ya sean de carácter interno al individuo o soportadas en un sistema de incentivos y sanciones), las relaciones de autoridad y las organizaciones. Las expectativas de reciprocidad son fundamentales para fortalecer las redes sociales, cuya densidad garantiza la cooperación y la confianza (Forni, Siles & Barreiro, 2004).

Dentro de este campo de estudios se presenta el concepto de redes de intercambio recíproco desarrollado por Adler (1998; citado por Maya, 2003), el cual se constituye en el mecanismo de supervivencia básico de las personas que están en situación de marginación social y agrupados por condiciones de parentesco o vecindad, e igualdad socioeconómica, lo cual posibilita que accedan a bienes y servicios de apoyo social. Estas redes de intercambio recíproco no garantizan la articulación al sistema económico industrial, aunque facilitan la adaptación a ciertas condiciones, se restringen las posibilidades de movilidad social (Maya, et al., 2003), dada su situación social de marginalidad y la situación de desigualdad.

La mayor densidad en las redes se da cuando los lazos son más fuertes; lo que afecta la consolidación de capital social en cuanto a que, en palabras de Granovetter (1973; como se cita en Palacio & Madariaga, 2005), afecta la consolidación del sentido de comunidad, conduce a bajos los niveles de calidad de vida y de capacidad de adaptación.

Es un conjunto de actitudes positivas que contribuyen al bienestar general, es un compromiso que se manifiesta en la adhesión a un grupo con el que se comparten normas sociales y jurídicas (Putnam, 1993). Las interacciones sociales sucedidas dentro de las asociaciones cívicas fomentan la confianza interpersonal, las normas cooperativas y de reciprocidad que permiten reducir los costos de transacción en la producción económica (Diane, et al., 2013, p. 46), facilitan la coordinación, comunicación y la capacidad de confiar en las instituciones, afirmando además que se presenta un aspecto central de esta dimensión: la efectividad institucional formal, la cual es definida como la capacidad de responder a las preferencias de sus ciudadanos (Rojas, 2010).

La asociatividad, se expresa en la pertenencia a organizaciones voluntarias, no remuneradas, con las que se busca conseguir un objetivo común mediante la cooperación y la organización de redes, lo cual genera integración social, confianza tanto en relaciones

Interpersonales como institucionales, mayor actuación política y menor individualismo (PNUD, 2000).

La cooperación, es definida como la acción complementaria que va orientada al logro de objetivos compartidos de un emprendimiento común (Durstun, 2002; CEPAL, 2003). Por su parte, Myers (2004), apunta que la cooperación nace junto con la confianza, los vínculos que propicia la reciprocidad como resultado de la interacción habitual y el compartir un objetivo común.

El comportamiento cívico, es un conjunto de actitudes positivas que contribuyen al bienestar general, es un compromiso que se manifiesta en la adhesión a un grupo con el que se comparten normas sociales y jurídicas (Putnam, 1993).

Estas dimensiones suelen presentarse tanto en las formas de capital social formal como de manera informal. En el primero caso se caracterizan por la presencia de vínculos institucionalizados y duraderos; mientras que el capital social informal se presenta de manera más flexible en el marco de las relaciones y prácticas cotidianas de comunicación, la reciprocidad al interior de las familias y los grupos de amigos y de compañeros, y la interacción a través de redes sociales en medios tecnológicos (PNUD, 2000).

Se evidencia que el capital social está ligado a la capacidad de las personas y las comunidades para garantizar su bienestar y calidad de vida mediante la acción colectiva de construir sociedad, de estar en el mundo y de confiar en él, lo que lo constituye en un recurso psicosocial.

Tipos de capital social

Según Putnam (1993), se identifican tres ámbitos del capital social:

- a) De lazo o unión (bonding): conformado por los recursos propios de las relaciones cercanas tanto a nivel familiar (vínculos heredados o creados) como de vecindario que presenta un contacto personal frecuente y busca el bienestar de sus miembros, la sobrevivencia y el apoyo en momentos de crisis. Sin embargo, no permite la acumulación significativa de otros activos, por cuanto las posibilidades de una comunidad o grupo suelen ser limitados;
- b) El capital social de puente (bridging): se presenta en redes entre grupos y comunidades heterogéneas, pertenecientes a grupos socioeconómicos o culturas, diferentes (relaciones asimétricas) entre personas, grupos que tienen un contacto personal limitado y diferencias en cuanto a los recursos que poseen,

- c) El capital social de escalera o enlace (linking): se relaciona con conexiones entre individuos o grupos con las instituciones formales del Estado, mediante las cuales se puede acceder a los recursos que estas posibilitan (Arriagada, 2003; Díaz, 2003).

Sub-categorías del capital social

El capital social cognoscitivo, y el capital social estructural (Uphoff, 2003), las cuales se identificaron a partir de estudiar el capital social desde lo que es, como es y lo que abarca.

El capital social cognitivo está asociado a aspectos de carácter psicológico tanto cognitivos como emocionales, que se evidencian cuando se comparten con otros o son ejercidos por varias personas. Se asocian con pensamientos y con los vínculos emocionales de las personas. Hacen parte de este capital las normas (reciprocidad), los valores (solidaridad), las actitudes (confianza), las creencias que predisponen o favorecen la acción colectiva (cooperar, buscar alcanzar intereses comunes) y encaminan a la predisposición para la acción mutuamente beneficiosa.

Por otro lado, el capital social estructural se asocia con recursos socio-estructurales tales como normas, autoridad, confianza social, establecidos a partir de las relaciones, siendo este el fundamento de la teoría de las redes sociales (Díaz, 2001). Sus principales representantes son Bourdieu (1986) con instituciones y estructuras sociales y Coleman (1994) con conceptos relativos a redes sociales, perspectiva que aborda el capital social como un conjunto de recursos que tienen las personas a través de su participación en redes o relaciones sociales estables, enmarcadas en la historia de dicha comunidad o sociedad.

El capital social estructural surge de las estructuras y organizaciones sociales “facilitando la acción colectiva mutuamente beneficiosa” (Uphoff, 2003, p. 15), predispone a las personas

para realizar dicha acción, la cual no se encamina solo al beneficio individual, sino que se enfoca a beneficios comunes que generan cambios en las relaciones económicas, políticas y sociales. Este capital se ve representado en los roles, reglas, procedimientos que establecen en el campo de las relaciones interpersonales, entre estos se encuentra los procesos de toma de decisiones, la comunicación y la forma de resolver los conflictos. En palabras de Uphoff (2003), “podría decirse que las formas cognoscitivas del capital social constituyen la esencia, mientras que las formas estructurales son los instrumentos y la infraestructura mediante los cuales se expresa el capital social cognoscitivo (mental y emocional)” (p. 125).

El capital social también ha sido definido por otros autores que es de gran interés mencionar: Putnam (2000), lo define como las redes sociales y las normas asociadas de reciprocidad. El elemento fundamental del capital social como concepto, es que las redes sociales tienen valor, al igual que los capitales financieros y humanos, sin embargo, se diferencia de estos, ya que permiten el desarrollo de la productividad individual, mientras que el capital social y las relaciones interpersonales afectan la productividad tanto del individuo como de los grupos y la sociedad.

El capital social, constituye un bien público y se refiere a “elementos en organizaciones sociales, tales como la confianza, normas y redes que pueden mejorar la eficiencia de una sociedad, facilitando las acciones coordinadas” (Putnam, 1993, p. 167). Para el buen funcionamiento de estas organizaciones es necesario que existan componentes entre los miembros de confianza, respeto y reciprocidad (Putnam, 1993).

Putnam (1993), define el capital social como “aspectos de la organización social que pueden mejorar la eficiencia de una sociedad al facilitar la acción coordinada” (p. 167), la cooperación y la reciprocidad generalizada y los beneficios colectivos para asegurar bienes

económicos o el mismo funcionamiento de la democracia. Centra su interés en comprender los problemas que se presentan en la acción colectiva, por lo que aplica el concepto de capital social a un análisis de carácter macro-social, asumiéndolo como un atributo de las comunidades y no solo como un recurso de carácter individual (Forni et al., 2004); de ahí la relevancia que da Putnam (1993), afirmando que a la existencia de una sociedad civil debe estar basada en organizaciones horizontales, por cuanto estas incrementan la confianza social entre los individuos que las componen, dando como resultado un entorno social que exige y propicia un gobierno más sensible y responsable hacia el bien común, con lo cual se promueve el desarrollo de la sociedad civil y el fortalecimiento de la democracia.

2.2 Hipótesis general

Ha1: Existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de capital social y salud mental.

Ha2: Existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de cogniciones postraumáticas y salud mental.

2.3 Definición de variables

A continuación, se exponen algunos conceptos teóricos relacionados con las variables de la investigación.

Capital social: definido por Putnam (1993), como aspectos de la organización social entre las que se encuentra la confianza social, las normas y redes sociales, que pueden mejorar la eficiencia de una sociedad al proporcionar la capacidad de actuar colectivamente, en tanto se facilitan la cooperación y la reciprocidad generalizadas en busca de beneficios comunes, con lo cual se crea un entorno social que propicia el desarrollo de la democracia y el comportamiento

cívico. El capital social posibilita la realización de actividades a partir de las relaciones establecidas entre las personas, comunidades o instituciones (Sudarsky, 2014).

Cogniciones postraumáticas: definido como los cambios en los pensamientos y las creencias presentados en las personas que han experimentado algún evento traumático (Foa & Rothbaum, 1998), en tanto dichas experiencias traumáticas atacan el sistema cognitivo de los sujetos (Janoff-bulman, 1992), las cuales se expresan en tres factores: las cogniciones negativas sobre el yo, las cogniciones negativas sobre el mundo y la autculpa (Foa, et al., 1999).

Salud mental: según Keyes (2005) define que la salud mental, más que la ausencia de enfermedad, “es un completo estado en el que los individuos son libres de la psicopatología, y poseen altos niveles de bienestar emocional, psicológico y social” (p 539). Se articula la salud con la salud mental, en tanto forman parte de un continuo donde de una parte la ausencia de enfermedad no garantiza la presencia de salud; y de otra la salud mental supone la presencia de un funcionamiento psicosocial positivo (Díaz, Blanco, Horcajo & Valle, 2007).

Dimensiones

Bienestar subjetivo: se define como la evaluación cognitiva y afectiva que una persona realiza con respecto a su vida. Se medie con la escala de satisfacción con la vida, esta evaluación está compuesta por cinco ítems, que valoran las reacciones emocionales a los acontecimientos de la vida y por los juicios de satisfacción y logro (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

Bienestar psicológico: hace referencia al desarrollo de las capacidades y potencialidades de la persona y al crecimiento personal (Ryff, 1989). Las dimensiones que lo componen son: auto aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

Bienestar social: es definido por Keyes (1998), como la valoración que hacen las personas de las circunstancias y la forma cómo funciona la sociedad, lo cual implica tener en cuenta dimensiones tales como la integración social, la aceptación social, la contribución social, actualización social y la coherencia social.

Tabla 2.3.1.

Definición operacional

Variables	Dimensiones	Definición	Subdimensiones	Instrumentos e Ítems
Salud mental	Bienestar psicológico	Esta escala evalúa el desarrollo de las potencialidades el ser humano.	Auto aceptación Crecimiento personal Dominio el entrono Objetivos vitales Autonomía	Bienestar psicológico (Ryff, 1989) 1, 7, 13, 17, 24 6, 11, 15, 16, 21 5, 10, 14, 20, 29 22, 26, 27, 28 3, 4, 9, 18, 19, 23
	Bienestar social	Se centra en las evaluaciones que hace el individuo de su entorno.	Integración social Aceptación social Contribución social Actualización Coherencia social	Bienestar social (Keyes, 1998) 1, 2, 3, 4, 5 6, 7, 8, 9, 10, 11 12, 13, 14, 15, 16 17, 18, 19, 20, 21 22, 23, 24, 25
	Bienestar subjetivo	Es el grado de satisfacción que tiene la persona de su propia vida	Satisfacción con la vida, funcionamiento positivo	Bienestar subjetivo: escala de satisfacción con la vida (Diener et al., 1985) 1, 2, 3, 4, 5
Cogniciones Postraumáticas	Cogniciones negativas sobre el yo	Se producen cogniciones negativas sobre estos tres factores, a partir de una experiencia traumática		Inventario de cogniciones postraumáticas (Foa et al., 1999) 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 35, 36. 7, 8, 10, 11, 18, 23, 27. 1, 15, 19, 22, 31.
	Cogniciones negativas sobre el mundo		Cogniciones negativas sobre el yo Cogniciones negativas sobre el mundo	
	Auto culpa		Auto culpa	

Capital social	Confianza			Escala de Medición del Capital Social (Cardozo y Cortes, 2015)
	Cooperación	Es la capacidad que tiene	Confianza	
	Reciprocidad	los seres humano para	Cooperación	
	Comportamiento cívico	unirse en pro de alcanzar	Reciprocidad	
		benéficos comunes	Comportamiento cívico	
				1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.
				1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.
				1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.
				1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Fuente: Elaboración propia

Capítulo 3

3.1 Metodología

El enfoque de investigación en la cual se sustenta este estudio es de carácter cuantitativo, ya que se buscó medir de manera objetiva el capital social, cogniciones postraumáticas y la salud mental, basándose en la medición numérica de los resultados obtenidos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Además, este estudio se encuentra enmarcado dentro del paradigma empírico-analítico, el cual analiza de forma particular una variable y se basa en información empírica objetiva, es decir, “cosas o aspectos que se pueden contar, pesar o medir, y que por su naturaleza siempre arrojan números como resultado” (Behar, 2008, p. 38).

Partiendo de los objetivos e intereses de este estudio, se puede caracterizar esta investigación de forma genérica, como un diseño de naturaleza no experimental, ya que “no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. Aquí, en este tipo de estudios, las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables, ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos, además sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 205). En lo que corresponde al tipo de investigación, esta es de carácter descriptiva, debido a que se describe la relación entre las variables estudiadas; y es correlacional porque se busca establecer la relación entre estas variables. De acuerdo al tiempo, la investigación se considera de corte transversal, ya que la recolección de la información se registra en un solo momento, en un tiempo único y determinado

Es una investigación aplicada bajo paradigma empírico analítico con un enfoque cuantitativo, con un nivel de alcance correlacional, es un estudio con temporalidad transeccional no experimental.

3.2 Población y muestra

La población objeto de estudio de esta investigación fueron las víctimas de la comunidad de El Platanal, La Concordia y El Caimán, donde se tomó una muestra aleatoria de 180 personas mayores de edad (adultas), sin discriminación de género, de nivel socioeconómico, víctimas del desplazamiento forzado a causa del Conflicto Armado registrados en la Unidad de Atención y Reparación a las Víctimas del conflicto, ubicadas en el área del municipio de Codazzi, departamento del Cesar, que sea reclamantes de tierra, que tenga vida organizativa dentro de su comunidad. Los criterios de selección de la muestra fueron: que viviera en la comunidad, que fuera mayor de 18 años y de nacionalidad colombiana.

3.3 Instrumentos

Las características de cada uno de los instrumentos de evaluación utilizados para medir las variables de estudio, como son: capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental, se describen a continuación:

Escala para la Medición del Capital Social (EMCASO): este instrumento fue diseñado por Cardozo y Cortes en el 2015, con un nivel de confiabilidad general significativamente alto (α : .965) y por su estructura interna, la prueba cuenta con seis subescalas clasificadas a su vez en dos dimensiones de análisis. La primera dimensión es de orden Conceptual está comprendida por la Confianza, Cooperación y Reciprocidad; mientras que la segunda dimensión comprende los

Contextos Relacionales de Familia, Comunidad y Organizaciones Comunitarias de Base (Jiménez, 2018), cada subescala da cuatro opciones de respuestas: definitivamente no, probablemente no, probablemente sí y definitivamente sí. Adicional se aplicó la Escala de Compromiso Cívico cuya confiabilidad fue (α : .911) y la correlación establecida entre Compromiso Cívico y EMCASO fue directa y estadísticamente significativa al 99% (r : .721). Finalmente, se adelantó el análisis de medición estructural de la escala EMCASO, así como el modelamiento estructural de la función convergente entre EMCASO y Compromiso Cívico.

Inventario de cogniciones postraumáticas: diseñado por Foa, Tolin, Ehlers, Clark & Orsillo (1999) para la medición de creencias y pensamientos relacionados con el trauma. Está compuesta por 36 ítems, con un formato de respuestas comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo). La confiabilidad de esta escala es de 0.87. Evalúa tres dimensiones: cogniciones negativas sobre el yo con un alfa de Cronbach de 0.87; cogniciones negativas sobre el mundo con un alfa de Cronbach de 0.82 y auto-culpa con una fiabilidad de 0.60. Blanco, Díaz, Gaborit & Amarís (2009) desarrollaron con el consentimiento de los autores del instrumento, una versión del Inventario de cogniciones postraumáticas (ICPT; Posttraumatic Cognitions Inventory) para su aplicación a la población hispano hablante, versión que fue la empleada en este estudio. El Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) tiene 33 ítems, dividido en tres dimensiones: Cogniciones Negativas sobre el YO (CNY), Cogniciones Negativas sobre el Mundo (CNM), y Auto- culpa (AC). Tiene un formato de respuesta con puntuaciones entre (1= totalmente en desacuerdo) y (7= totalmente de acuerdo).

Se aplicaron las tres escalas para medir la salud mental.

Escala de satisfacción con la vida: diseñada por Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985), este instrumento evalúa la satisfacción vital y está compuesto por cinco ítems. Los

participantes responden a cada uno de los ítems utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). La escala hace una evaluación de la satisfacción vital. Muestra excelentes propiedades psicométricas, presenta una fiabilidad de 0.80 y fue validada por de Atienza, Pons, Balaguer & García- Merita (2000), la escala ofreció una consistencia interna buena ($\alpha= 0,86$).

Escala de Bienestar Psicológico: diseñada por Ryff (1999), es un instrumento compuesto por 29 ítems con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). La fiabilidad de la escala fue 0.80. La escala está centrada en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, la escala fue adaptada al español por Díaz, Rodríguez-Carbajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo; Valle y Dierendonck (2006), quienes desarrollan una nueva versión la cual tiene una importante mejora en el nivel de ajuste al modelo teórico propuesto de seis factores y un solo factor de segundo orden, mostrando las mejores propiedades psicométricas. La totalidad de las escalas presentan una buena consistencia interna con valores del alfa de Cronbach mayores o iguales que 0.70.

Escala de Ítem Único de Satisfacción con la Vida de Cantril. “Se empleó una medida única de satisfacción con la vida basada en una adaptación propuesta por Keyes et al. (2002) de la escala de cantril” (1965; citado en Blanco y Díaz, 2005). Los participantes respondieron evaluando si vida globalmente en una escala de entre 0 (la peor vida posible) y 5 (la mejor vida posible).

Escala de Bienestar Social: diseñada por Keyes (1998), está compuesta por 25 ítems. Se responde a los ítems utilizando un formato de respuesta de categorías ordenadas con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Blanco & Díaz (2005) presentaron una fiabilidad de 0.73, que muestran una buena consistencia

interna con valores α de Cronbach comprendidos entre 0,83 y 0,69.

3.4 Procedimiento

Para la consecución de los objetivos trazados para la dirección de este estudio se han dispuesto varias fases que son descritas a continuación.

- 1) Se realizó una revisión bibliográfica tomando como aspectos centrales la teoría de capital social, Cogniciones postraumáticas y la salud mental.
- 2) Fueron descritos los supuestos en los que se basan las hipótesis de investigación, se planteó el modelo teórico.
- 3) Para llevar a cabo la investigación se contó con autorización de la Comunidad de El Platanal, La Concordia y El Caimán.
- 4) Una vez establecidos los grupos, se procedió a presentarles el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de la Costa, donde se les informó el objetivo de la investigación, la calidad de su participación, la posibilidad de devolución mediante proceso organizado, se garantizará además un lugar adecuado para su aplicación.
- 5) Una vez aceptadas las condiciones se procedió a aplicar las escalas mediante encuestas.
- 6) Se realizó una aplicación a cada uno de los participantes de manera individual y personalizada, a través de la modalidad de visita domiciliaria. Se les hizo saber que la información allí suministrada se tratará con total confidencialidad. Y reiterando que su participación es totalmente voluntaria. Se aplicaron todas las escalas en un mismo momento, tomando alrededor de 40 a 60 minutos por persona.

7) Previa la aplicación de las escalas se realizará un procedimiento de validez de contenido.

Dicho procedimiento se llevará a cabo en las siguientes etapas:

- a. se realizará la aplicación de las escalas por medio de una entrevista encargada por las investigadoras (teniendo en cuenta el grado de escolaridad)
 - b. Aclaración de las dudas de los cuestionarios.
- 8) Tabulación y análisis de datos: para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS última versión. las variables serán evaluadas por separado, posteriormente, se calculó la correlación entre ellas. Para evaluar el nivel de relación de las variables antes mencionada.
- 9) Elaboración de informe: A partir de los resultados obtenidos en la investigación se elaboró en informe final, para entregar al comité curricular.

3.5 Marco legal y consideraciones éticas

En materia de Derechos Humanos es importante relacionar la trascendencia de la salud mental como fue expuesto anteriormente con la restauración de los derechos vinculantes para las víctimas del conflicto armado, fundamentado en los siguientes instrumentos nacionales e internacionales:

Ley 1164 de 2007 “por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud”, la Ley 1438 de 2011 “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, y la Ley 1448 de 2011 “por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.”

Ese enfoque de restablecimiento de derechos permitirá que se desarrollen programas individuales y colectivos de reparación; evitar la discriminación entre los diferentes grupos de víctimas y por lo tanto impedir que se establezcan diferencias entre aquellos que pueden ser beneficiarios de los programas y los que no; analizar las capacidades de atención por parte del Estado y, además, identificar los mecanismos para superar las brechas existentes.

Los derechos de las víctimas se encuentran reconocidos tanto por la legislación nacional a través de la legislación penal y la ley de víctimas, como por la normatividad del Derecho Internacional Humanitario (DIH), y el sistema internacional de Derechos Humanos (DDHH) como se analizará a continuación.

La ONU mediante la resolución 60/147 del 16 de diciembre de 2005 aprobada por la Asamblea General fijó dentro de los principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, la definición de víctima en el numeral 8º, mencionando que:

Se entenderá por víctima a toda persona que haya sufrido daños, individual o colectivamente, incluidas lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdidas económicas o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que constituyan una violación manifiesta de las normas internacionales de derechos humanos o una violación grave del derecho internacional humanitario. Cuando corresponda, y en conformidad con el derecho interno, el término “víctima” también comprenderá a la familia inmediata o las personas a cargo de la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para prestar asistencia a víctimas en peligro o para impedir la victimización (Naciones Unidas Derechos Humanos, 2016).

Al igual que el concepto de conflicto armado interno es entendido en Colombia en su sentido amplio, de la misma manera se consideró el concepto de víctima en la Ley 1448 de 2011, siendo acogido por la Corte Constitucional el concepto de víctima o perjudicado como: la persona que ha sufrido un daño real, concreto y específico, cualquiera sea la naturaleza de éste y el delito que lo ocasionó. El daño sufrido no necesariamente ha de tener carácter patrimonial, pero se requiere que sea real, concreto y específico, y a partir de esta constatación se origina la legitimidad para que participe en el proceso penal para buscar la verdad y la justicia y ser titular de medidas de reparación (Corte Constitucional, 2012).

Como medidas de reparación a las víctimas la Ley 1448 de 2011 considera “(...) *la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima dependiendo de la vulneración en sus derechos y las características del hecho victimizante.*”

Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones de que trata el artículo 3° de la presente Ley.

La reparación comprende las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima dependiendo de la vulneración en sus derechos y las características del hecho victimizante.

Propósito de la ley 1448 de 2011. Según la Corte Constitucional, el propósito de la ley de víctimas es el de amparar de manera integral a las víctimas, otorgando mecanismos de asistencia, atención, prevención, protección, reparación integral con enfoque diferencial, acceso a la justicia

y conocimiento de la verdad, ofreciendo herramientas para que aquellas reivindiquen su dignidad y desarrollen su modelo de vida, así mismo, dentro de dichos mecanismos se busca no solo enfrentar las dificultades de orden público que afectan al país, sino también buscar soluciones duraderas hacia la paz y la reconciliación (Corte Constitucional, 2012). En síntesis, el propósito de la ley es proveer una inclusión integral a las víctimas del conflicto armado colombiano y, por lo tanto, tiene unos objetivos muy definidos en ella que facilitan el cumplimiento de su propósito.

Capítulo 4

4.1 Resultados

A continuación, se presenta los principales hallazgos derivados de los objetivos de la investigación, encabezados por información relevante sobre la caracterización sociodemográfica de la población de estudio: edad, género, estado civil, nivel educativo, estrato socio económico, personas a cargos, edades de los miembros de la familia de las comunidades, organizaciones comunitarias a las que pertenecen, actividad económica, relación con la tierra y hecho victimizante. Seguido de los resultados correspondientes a los objetivos específicos.

De acuerdo con las características de la población, los participantes del estudio presentaron una edad media de $M = 42,74$ años con una $DE = 15,05$, como se puede evidenciar en la siguiente grafica (Figura 2).

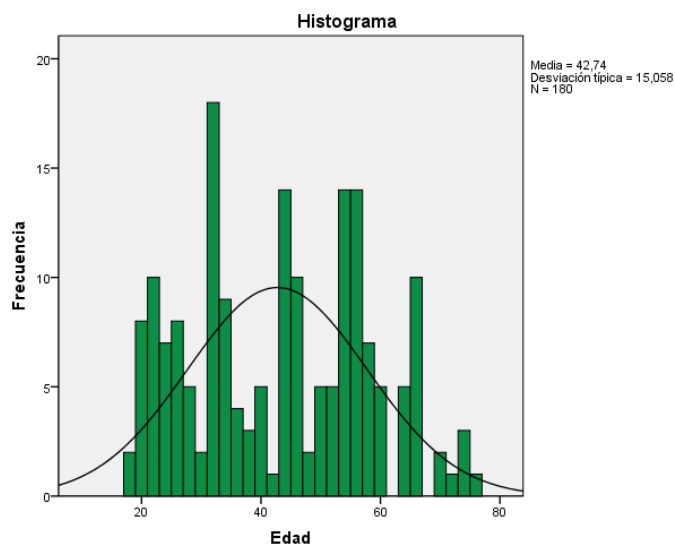


Figura 2 edad de los jóvenes Nota: elaborada en SPSS

Con respecto al sexo se identifica que el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con 54,44% y el 45,56 % corresponde al sexo masculino. Se puede evidenciar que sexo femenino ha sido afectado y se muestran diferencias significativas entre los generos, tal como se observa en

la figura 3.

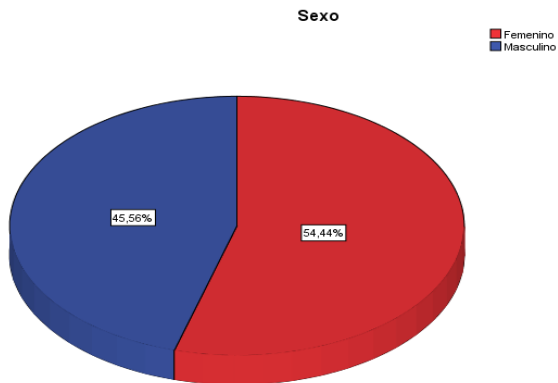


Figura 3 sexo Nota: elaborada en SPSS

En relación al estado civil, se identifica que el mayor número vive en unión libre 39,44%, en el rango de los solteros tiene un porcentaje 28,89% seguido los casados(a) con el 22,78%, los separados(a) tiene el 7,22% y el menor número se encuentra viudo(a) 1,67 %. Tal como lo muestra la figura 4.

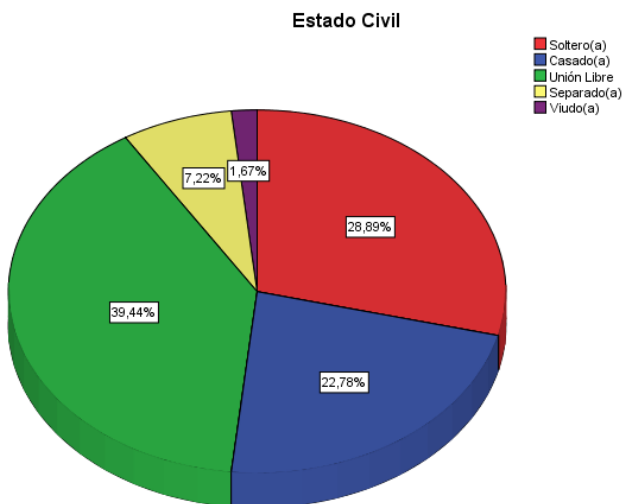


Figura 4 estado civil Nota: elaborada en SPSS

En cuanto al nivel educativo reportó que la mayoría de las comunidades han terminado la primaria con un porcentaje de 32,21%, continua secundaria con el 24,42%, seguido la formación

técnica con 10% y nivel universitario 2,2%. Cabe resaltar que el 31,1 % no ha recibido ninguna formación educativa, como se evidencia en la figura 5.

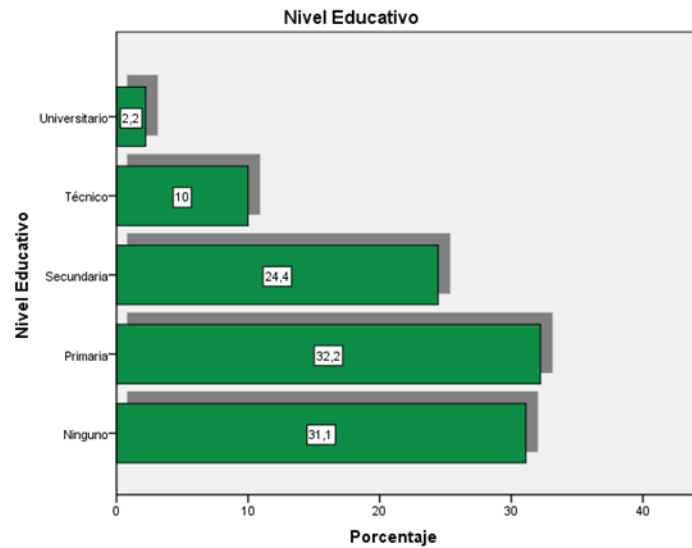


Figura 5 nivel educativo Nota: elaborada en SPSS

El estrato se aprecia que la mayoría de las comunidades pertenecen al estrato 1 con un porcentaje estadísticamente significativo de 91,7% y el 8,3 % pertenece al estrato 2, tal como se observa en la figura 6.

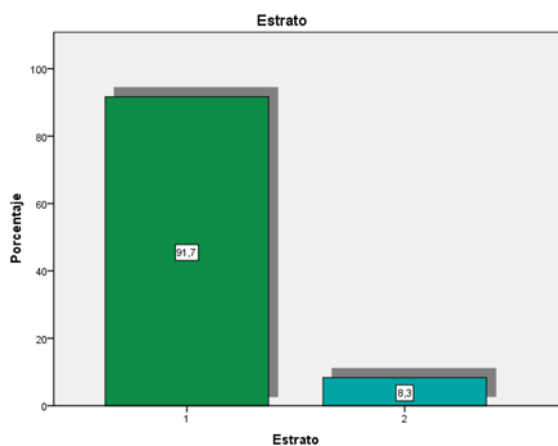


Figura 6 estrato Nota: elaborada en SPSS

En relación a las personas a cargo por las familias de las comunidades se aprecia que el 36,11% tienen personas a cargos y el 63,89 no reporta personas a cargo (ver figura 7).

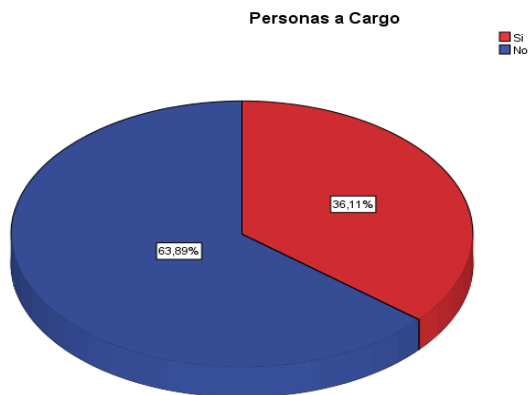


Figura 7 personas a cargo Nota: elaborada en SPSS

La mayoría de las comunidades pertenecen a organizaciones comunitarias con un porcentaje de 85,56 %, el 13,33%, pertenece organizaciones sociales y por ultimo a organizaciones políticas con un porcentaje de 1,11% como se observa en la figura 8.



Figura 8 organización a la que pertenece Nota: elaborada en SPSS

En relación a la actividad económica el 75,56 % de las comunidades realiza actividades económicas de manera informal, el 24,44 % se dedica al hogar, es decir, amas de casa. Se aprecia en la figura 9.

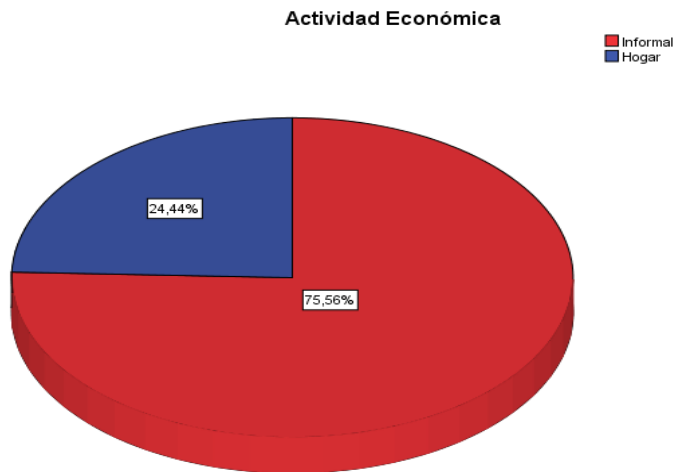


Figura 9 actividad económica *Nota:* elaborada en SPSS

En cuanto al tipo de desplazamiento reportó que la mayoría de las comunidades presenta porcentaje estadísticamente significativo de 52.22%, continua el individual con el 47,78%, es importante mencionar que este flagelo lo ha impactado como individual y colectivo, como se evidencia en la figura 10.

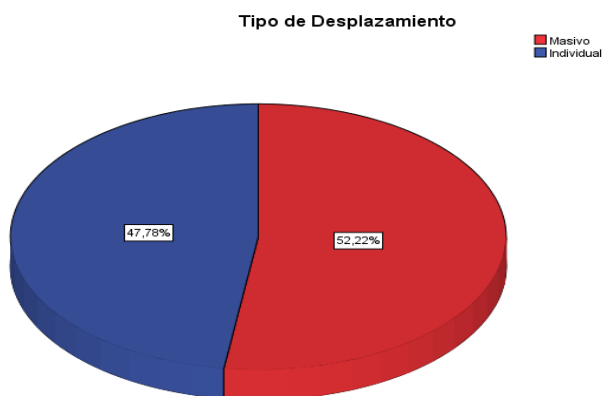


Figura 10 tipo de desplazamiento *Nota:* elaborada en SPSS

En relación con la tierra el 52,78 % de las comunidades son ocupante – tenedor, seguido los propietarios 41,11%, luego poseedor con un porcentaje de 5,56% y por ultimo retornado voluntario con el 0,56% como se aprecia en la figura 11.

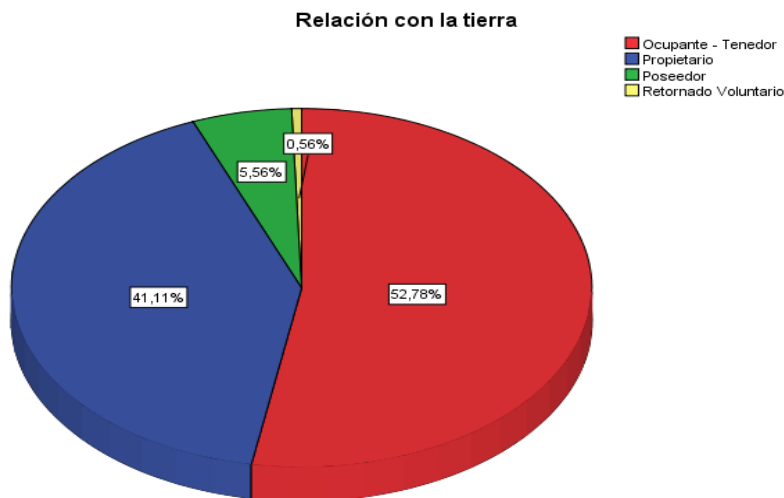


Figura 11 relación con la tierra *Nota:* elaborada en SPSS

En cuanto al hecho victimizante reportó que la mayoría de las comunidades presenta porcentaje estadísticamente significativo a continuación se relaciona: 31,7% hecho victimizante: homicidio (1), hechos victimizantes: desaparición forzada (2) reportó 7,2% , hechos victimizantes: amenazas (6) con un porcentaje 82,8% , hechos victimizantes: masacres (7) reportó 1,1% , hechos victimizantes: muertes (8) con el 8,3 % , hechos victimizantes: desplazamiento forzado (12) con el 88,9%,hechos victimizantes: despojo de tierras (13)con 79,4% , hechos victimizantes pérdida de bienes o patrimonios (14) con 80% es importante mencionar que este flagelo ha impactado a las comunidades víctimas del conflicto de una manera muy significativa a nivel social, como se evidencia en la tabla 4.1.2 y figura 13.

Tabla 4.1.2

Hechos victimizantes

		Recuento	% del N de la tabla
Hecho Victimizante: Homicidio (1)	No	123	68,3%
	Si	57	31,7%
	Total	180	100,0%
Hechos Víctimizantes: Desaparición Forzada (2)	No	167	92,8%
	Si	13	7,2%
	Total	180	100,0%
Hechos Víctimizantes: Amenazas (6)	No	31	17,2%
	Si	149	82,8%
	Total	180	100,0%
Hechos Víctimizantes: Masacres (7)	No	178	98,9%
	Si	2	1,1%
	Total	180	100,0%
Hechos Victimizantes: Muertes (8)	No	165	91,7%
	Si	15	8,3%
	Total	180	100,0%
Hechos Victimizantes: Desplazamiento forzado (12)	No	20	11,1%
	Si	160	88,9%
	Total	180	100,0%
Hechos Victimizantes: Despojo de Tierras (13)	No	37	20,6%
	Si	143	79,4%
	Total	180	100,0%
Hechos Victimizantes Pérdida de Bienes o patrimonios (14)	No	36	20,0%
	Si	144	80,0%
	Total	180	100,0%

Fuente: Elaboración propia

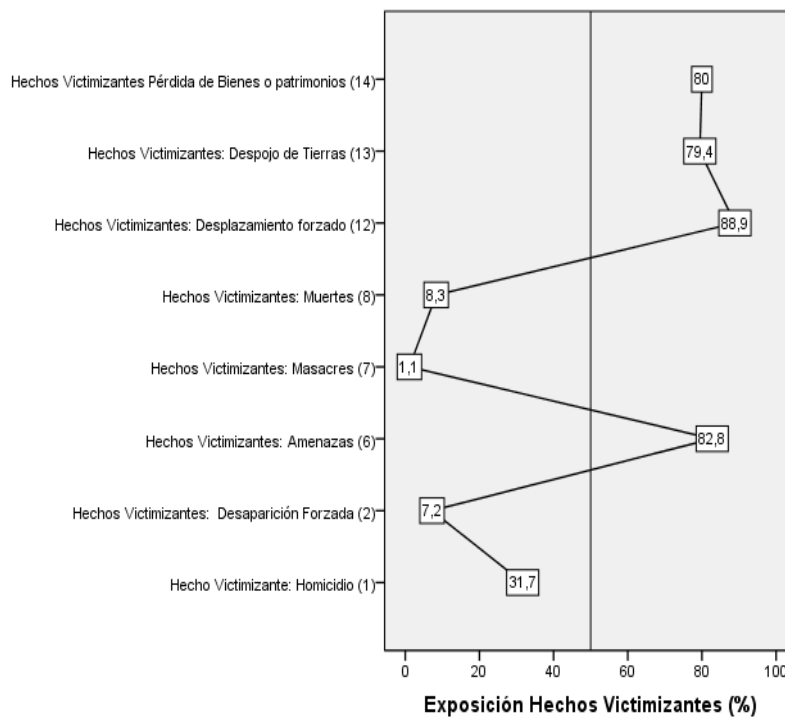


Figura 12 hechos victimizantes Nota: imagen elaborada en SPSS

Como primer objetivo específico, se señaló el siguiente: estimar los niveles de capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán. Se identificaron los niveles de capital social para cada comunidad con base a las diferentes dimensiones comprendidas por la variable, entre las dimensiones se encuentran: Cooperación, reciprocidad, confianza y comportamiento cívico. Encontrando en las comunidades participantes que las dimensiones de capital social se estimaron entre niveles modernamente bajos y moderadamente altos. Indicando que el capital social en estas comunidades se encuentra en un nivel moderadamente alto (ver tabla 4.1.3 y 4.1.4).

Tabla 4.1.3

Niveles de capital social según cada dimensión

Dimensión	Comunidad	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Cooperación	El caimán	50	3,50	,93
	La Concordia	50	3,70	,37
	El Platanal	80	3,63	,36
	Total	180	3,61	,58
Reciprocidad	El caimán	50	3,60	,57
	La Concordia	50	3,51	,44
	El Platanal	80	3,66	,34
	Total	180	3,60	,44
Confianza	El caimán	50	3,54	,66
	La Concordia	50	3,57	,43
	El Platanal	80	3,64	,31
	Total	180	3,60	,46
Comportamiento cívico	El Caimán	50	3,34	1,06
	La Concordia	50	3,42	,56
	El Platanal	80	3,43	,60
	Total	180	3,40	,74

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4.1.4

Nivel de capital social por comunidad

Variable	Comunidad	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Capital social	Caimán	50	3,50	,79
	Concordia	50	3,55	,39
	Platanal	80	3,60	,36
	Total	180	3,55	,52

Fuente: Elaboración propia

Este estudio permitió obtener los niveles de capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades señaladas anteriormente, para lo cual se encontró en cuanto a capital social un nivel moderadamente alto ($N= 180$; $M= 3,55$), para cogniciones postraumáticas un promedio de $M= 3,66$ ($N= 180$) y en salud mental una media de $M= 3,80$ ($N= 180$) siendo para estas dos variables niveles considerados moderadamente altos; sin embargo, algunas dimensiones de salud mental y cogniciones postraumáticas evidenciaron niveles bajos.

En la siguiente tabla se presentan los niveles de cogniciones postraumáticas, según cada una de las dimensiones de la variable, en donde, se evidencia niveles moderadamente bajos en las dimensiones de Cogniciones negativas del yo y Cogniciones auto culpa, tal como se evidencia en la tabla 4.1.5. En relación a las demás dimensiones los niveles son moderadamente altos. Por otra parte, en la tabla 4.1.6 se pueden observar los niveles de cogniciones postraumáticas por comunidad, los cuales para el $N= 180$ el nivel fue moderadamente alto.

Tabla 4.1.5

Nivel de cogniciones postraumáticas

Dimensión	Comunidad	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Cogniciones negativas del yo	El caimán	50	2,70	,98
	La Concordia	50	3,42	1,13
	El Platanal	80	3,38	,84
	Total	180	3,21	1,01
Cogniciones negativas mundo	El caimán	50	4,81	1,33
	La Concordia	50	4,41	1,37
	El Platanal	80	4,31	1,10
	Total	180	4,48	1,26
Cogniciones auto culpa	El caimán	50	3,06	1,10

Cogniciones postraumáticas	La Concordia	50	3,34	1,11
	El Platanal	80	3,41	,84
	Total	180	3,30	1,00
	El Caimán	50	3,52	,81
	La Concordia	50	3,72	,81
	El Platanal	80	3,70	,59
	Total	180	3,66	,72

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4.1.6

Nivel de cogniciones postraumáticas por comunidad

Variable	Comunidad	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Cogniciones postraumáticas	El Caimán	50	3,52	32,86
	La Concordia	50	3,72	32,72
	El Platanal	80	3,70	53,95
	Total	180	3,66	88,17

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los niveles de salud mental, según las dimensiones de la variable, se halló en que las comunidades presentan niveles muy bajos en las dimensiones bienestar subjetivo y afecto negativo y con respecto a las demás dimensiones se obtuvo niveles altos y moderadamente altos. lo que permite discernir con respecto a la variable de salud mental en las comunidades presentó un nivel moderadamente alto (Ver tabla 4.1.7). Con respecto a los niveles de salud mental por comunidad, en la tabla 4.1.8 se observa que para el $N= 180$ de la población el nivel de salud mental fue moderadamente alto.

Tabla 4.1.7

Niveles de salud mental por cada dimensión

Dimensión	Comunidad	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Bienestar psicológico	El caimán	50	4,24	,72
	La Concordia	50	4,16	,62
	El Platanal	80	4,12	,54
	Total	180	4,16	,62
Satisfacción con la vida	El caimán	50	6,56	1,88
	La Concordia	50	6,10	2,22
	El Platanal	80	6,44	1,87
	Total	180	6,38	1,97
Bienestar subjetivo	El Caimán	50	2,32	1,01
	La Concordia	50	2,17	,97
	El Platanal	80	2,28	,88
	Total	180	2,26	,94
Afecto positivo	El caimán	50	3,60	,63
	La Concordia	50	3,38	,89
	El Platanal	80	3,73	,75
	Total	180	3,60	,77
Afecto negativo	El caimán	50	2,12	,68
	La Concordia	50	2,13	,84
	El Platanal	80	1,94	,85
	Total	180	2,04	,81
Bienestar social	El Caimán	50	4,41	,54
	La Concordia	50	4,21	,76
	El Platanal	80	4,32	,54
	Total	180	4,32	,61

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4.1.8

Niveles de salud mental por comunidad

Variable	Comunidad	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Salud mental	El Caimán	50	3,87	32,61
	La Concordia	50	3,70	32,73
	El platanal	80	3,80	53,88
	Total	180	3,80	88,10

Fuente: Elaboración propia

Referente al segundo objetivo específico: Comparar los niveles de capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán; se llevó a cabo un análisis ANOVA para indicar la diferencia de medias en las tres comunidades de acuerdo a cada dimensión.

Respecto a la variable de capital social, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($>0,05$) entre las comunidades, de acuerdo a las dimensiones correspondientes (ver tabla 4.1.9 y figura 13).

Tabla 4.1.9

Diferencia de medias en capital social según sus dimensiones

Dimensiones	Comunidad	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Cooperación	Caimán	50	3,50	,93	1,58	,20
	Concordia	50	3,70	,37		
	Platanal	80	3,63	,36		
	Total	180	3,61	,58		
Reciprocidad	Caimán	50	3,60	,57	1,74	,17
	Concordia	50	3,51	,44		
	Platanal	80	3,66	,34		
	Total	180	3,60	,44		
Confianza	Caimán	50	3,54	,66	,86	,42

	Concordia	50	3,57	,43		
	Platanal	80	3,64	,31		
	Total	180	3,60	,46		
Comportamiento cívico	Caimán	50	3,34	1,06	,28	,75
	Concordia	50	3,42	,56		
	Platanal	80	3,43	,60		
	Total	180	3,40	,74		
EMCASO	Caimán	50	3,50	,79	,58	,55
	Concordia	50	3,55	,39		
	Platanal	80	3,60	,36		
	Total	180	3,55	,52		

Fuente: Elaboración propia

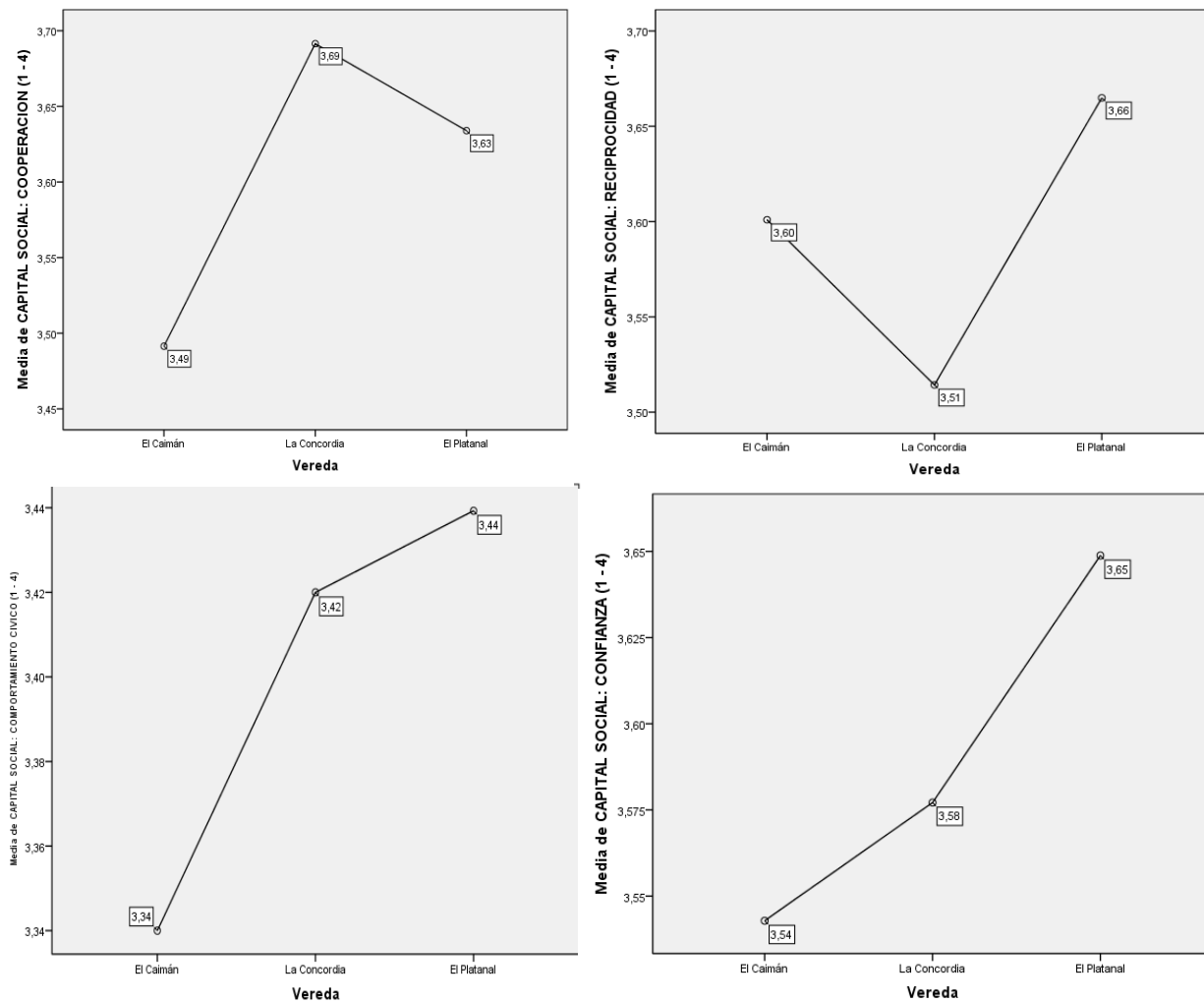


Figura 13 Diferencia de medias en capital social Nota: Imagen elaborada en SPSS

Para la variable de salud mental, se encontró que, las comunidades presentan únicamente diferencias de medias estadísticamente significativas ($<0,05$) en la dimensión de afecto positivo, tal como se evidencia en la tabla 4.1.10 y figura 14.

Tabla 4.1.10

Diferencia de medias en salud mental según sus dimensiones

Dimensiones	Comunidad	n	M	DT	F	Sig.
Bienestar psicológico	Caimán	50	4,24	,72	,58	,55
	Concordia	50	4,16	,62		
	Platanal	80	4,12	,54		

	Total	180	4,16	,62		
Satisfacción con la vida	Caimán	50	6,56	1,88	,74	,47
	Concordia	50	6,10	2,22		
	Platanal	80	6,44	1,87		
	Total	180	6,38	1,97		
Bienestar subjetivo	Caimán	50	2,32	1,01	,34	,70
	Concordia	50	2,17	,97		
	Platanal	80	2,28	,88		
	Total	180	2,26	,94		
Afecto positivo	Caimán	50	3,60	,63	3,26	,04
	Concordia	50	3,38	,89		
	Platanal	80	3,73	,75		
	Total	180	3,60	,77		
Afecto negativo	Caimán	50	2,12	,68	1,15	,31
	Concordia	50	2,13	,84		
	Platanal	80	1,94	,85		
	Total	180	2,04	,81		
Bienestar social	Caimán	50	4,41	,54	1,39	,25
	Concordia	50	4,21	,76		
	Platanal	80	4,32	,54		
	Total	180	4,32	,61		

Fuente: Elaboración propia

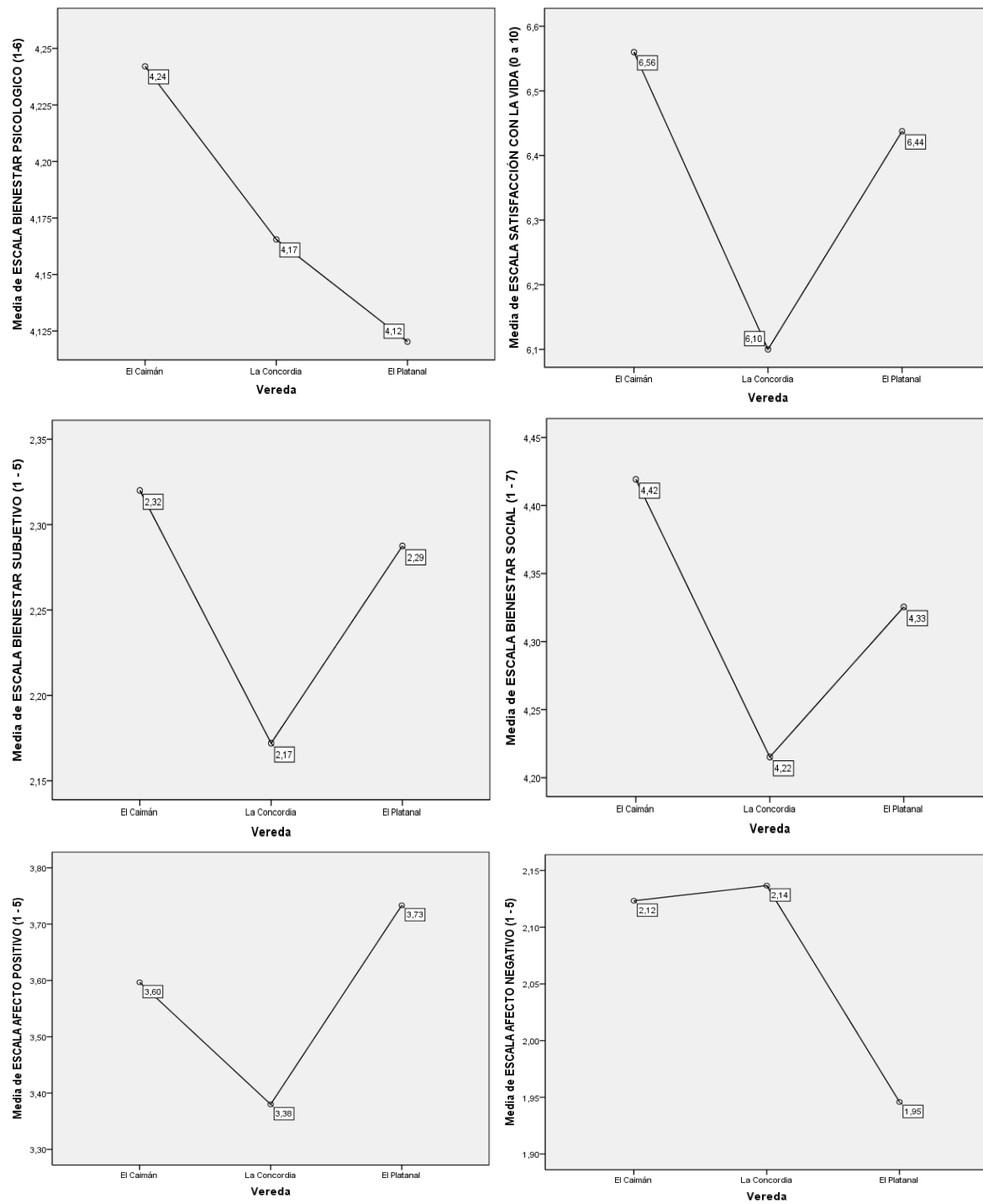


Figura 14 diferencias en salud mental Nota: imagen elaborada en SPSS

De acuerdo a la variable de cogniciones postraumáticas, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las tres comunidades en la dimensión de cogniciones negativas del yo; siendo que, el estadístico $F \neq 0$ evidencia una significancia al $<0,05$, para esta dimensión (ver tabla 4.1.11 y figura 15).

Tabla 4.1.11

Diferencia de medias en cogniciones postraumáticas según sus dimensiones

Dimensiones	Comunidad	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Cogniciones negativas yo	Caimán	50	2,70	,98	9,33	,00
	Concordia	50	3,42	1,13		
	Platanal	80	3,38	,84		
	Total	180	3,21	1,01		
Cogniciones negativas mundo	Caimán	50	4,81	1,33	2,55	,08
	Concordia	50	4,41	1,37		
	Platanal	80	4,31	1,10		
	Total	180	4,48	1,26		
Cogniciones auto culpa	Caimán	50	3,06	1,10	1,97	,14
	Concordia	50	3,34	1,11		
	Platanal	80	3,41	,84		
	Total	180	3,29	1,00		
Cogniciones postraumáticas	Caimán	50	3,52	,81	1,20	,30
	Concordia	50	3,72	,81		
	Platanal	80	3,70	,59		
	Total	180	3,66	,72		

Fuente: Elaboración propia

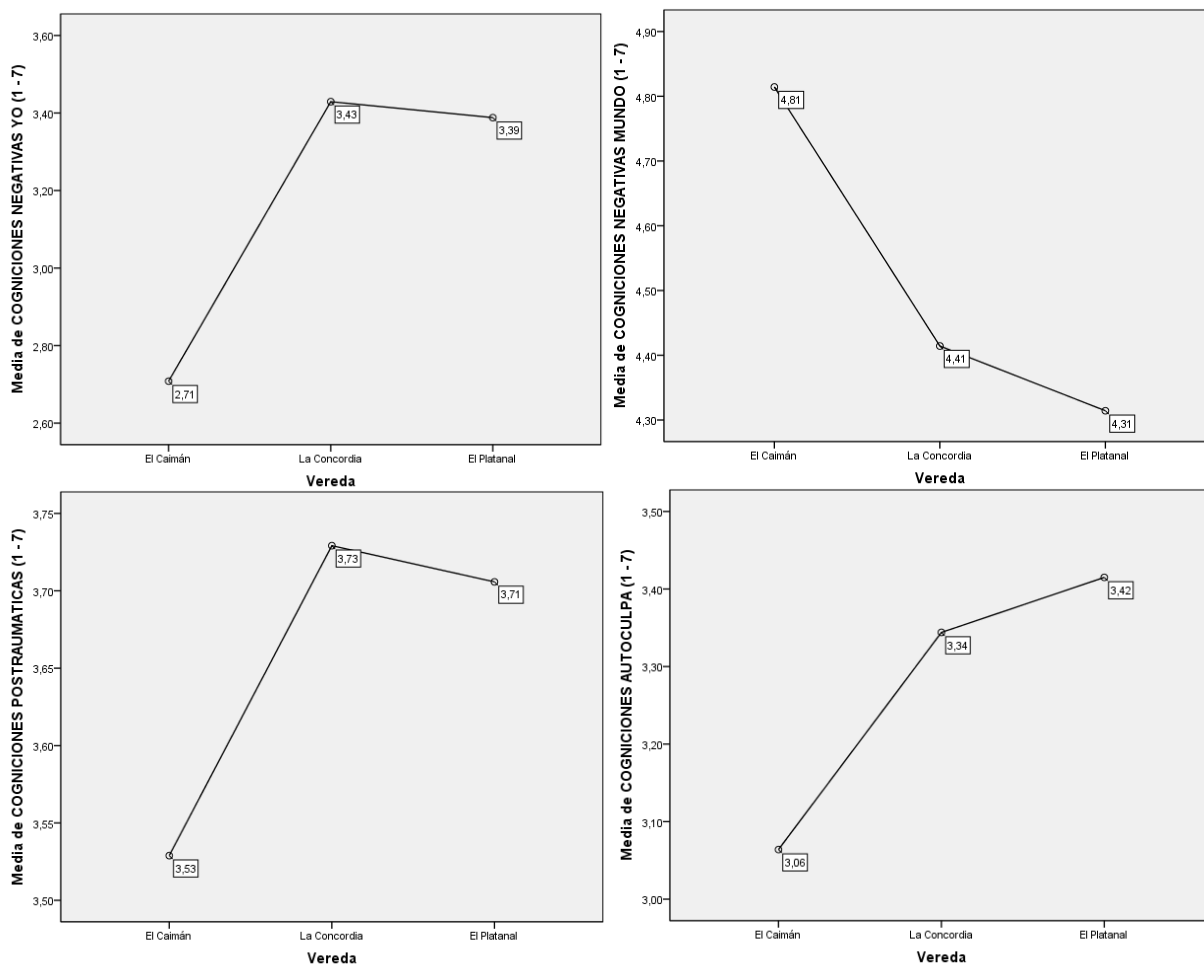


Figura 15 diferencia de medias en cogniciones posttraumáticas Nota: imagen elaborada en SPSS

Correspondiente al objetivo específico: Analizar la relación entre capital social y salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán. La dimensión de cooperación, correlaciona significativamente con bienestar psicológico ($r^2 = 0,39$; $p < 0,05$), bienestar social ($r^2 = 0,29$; $p < 0,05$) y afecto positivo ($r^2 = 0,26$; $p < 0,05$), éstas relaciones son directas, indicando que, a valores altos en una de las dimensiones, corresponden valores altos a la otras; por otra parte, no se evidencio, una correlación estadísticamente significativa con satisfacción con la vida y afecto negativo (Ver tabla 4.1.12).

Dimensión de reciprocidad, muestra una relación estadísticamente significativa ($< 0,05$) con todas las dimensiones de salud mental; sin embargo, en la dimensión de afecto negativo, la

relación es inversa, lo que quiere decir que a mayor afecto negativo habría menor reciprocidad (ver tabla 4.1.12).

En la dimensión de confianza solo se observaron correlaciones estadísticamente significativas ($<0,05$) con las dimensiones de bienestar psicológico, bienestar subjetivo, bienestar social, afecto positivo y afecto negativo. La relación con afecto negativo es inversa, indicando que, a menor afecto negativo, mayor confianza (Ver tabla 4.1.12).

En cuanto a la dimensión de comportamiento cívico, se observaron, únicamente correlaciones estadísticamente significativas ($<0,05$) con las dimensiones de bienestar psicológico, satisfacción con la vida, bienestar social. Sin embargo, la correlación con la dimensión de satisfacción con la vida tiende a ser negativa, por ende, a mayor comportamiento cívico, mayor satisfacción con la vida (Ver tabla 4.1.12).

Para EMCASO, hay una correlación estadísticamente significativa e inversa para afecto negativo, también evidencia una relación significativa en afecto positivo, bienestar social, bienestar subjetivo y bienestar psicológico. Sin embargo, no correlaciona significativamente con satisfacción con la vida (Ver tabla 4.1.12).

Tabla 4.1.12

Correlación de capital social y salud mental

		Bienestar psicológico	Satisfacción con la vida	Bienestar subjetivo	Bienestar social	Afecto positivo	Afecto negativo
Cooperación	Correlación de Pearson	,398**	,021	,151*	,294**	,264**	-,138
	Sig. (bilateral)	,000	,777	,043	,000	,000	,065
	N	180	180	180	180	180	180

Reciprocidad	Correlación						
	de Pearson	,349**	,182*	,151*	,303**	,456**	-,361**
	Sig.						
	(bilateral)	,000	,014	,043	,000	,000	,000
	N	180	180	180	180	180	180
Confianza	Correlación						
	de Pearson	,397**	,108	,200**	,349**	,333**	-,287**
	Sig.						
	(bilateral)	,000	,148	,007	,000	,000	,000
	N	180	180	180	180	180	180
Comportamiento cívico	Correlación						
	de Pearson	,352**	-,194**	,103	,175*	,080	-,005
	Sig.						
	(bilateral)	,000	,009	,167	,019	,287	,942
	N	180	180	180	180	180	180
EMCASO	Correlación						
	de Pearson	,399**	,000	,155*	,286**	,273**	-,181*
	Sig.						
	(bilateral)	,000	1,000	,037	,000	,000	,015
	N	180	180	180	180	180	180

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al objetivo específico, correspondiente a: analizar la relación entre cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán. Se encontraron los siguientes resultados.

Con respecto a la dimensión de cogniciones negativas del yo, se evidencia una relación estadísticamente significativa e inversa con las dimensiones de bienestar psicológico ($r^2=-,515$; $p<0,05$), satisfacción con la vida ($r^2=-,437$; $p<0,05$), bienestar subjetivo ($r^2=-,636$; $p<0,05$) y bienestar social ($r^2=-,557$; $p<0,05$), lo que quiere decir que, a mayor cognición negativa del yo, existe menos bienestar psicológico, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo y bienestar

social. Esta dimensión también mostró una relación estadísticamente significativa con la dimensión de afecto negativo (ver tabla 4.1.13).

De acuerdo a la dimensión de cogniciones negativas del mundo, se evidencio una relación estadísticamente significativa e inversa, entre las dimensiones de satisfacción con la vida, bienestar subjetivo y bienestar social, indicando que a menor cognición negativa sobre el mundo existe mayor bienestar subjetivo, bienestar social y satisfacción con la vida. También se observó una relación directa y significativa con afecto negativo (ver tabla 4.1.13).

Correspondiente a la dimensión de cognición de auto-culpa, la relación fue estadísticamente significativa e inversa con las dimensiones de bienestar psicológico, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo y bienestar social. Lo que quiere decir que, a mayor cognición de auto-culpa existe menor bienestar psicológico, satisfacción con la vida, bienestar subjetivo y bienestar social (ver tabla 4.1.13).

Tabla 4.1.13

Correlación de salud mental y cogniciones postraumáticas

		Bienestar psicológico	Satisfacción con la vida	Bienestar subjetivo	Bienestar social	Afecto positivo	Afecto negativo
Cogniciones negativas yo	Correlación						
	de Pearson	-,515**	-,437**	-,636**	-,557**	-,090	,174*
	Sig.						
	(bilateral)	,000	,000	,000	,000	,231	,020
Cogniciones negativas mundo	N	180	180	180	180	180	180
	Correlación						
	de Pearson	,035	-,383**	-,247**	-,194**	-,116	,160*
	Sig.						
	(bilateral)	,641	,000	,001	,009	,120	,032
	N	180	180	180	180	180	180

Cogniciones auto culpa	Correlación de Pearson	-,336**	-,258**	-,278**	-,418**	-,125	,095
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,096	,203
	N	180	180	180	180	180	180
Cogniciones postraumáticas	Correlación de Pearson	-,375**	-,545**	-,569**	-,566**	-,167*	,218**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,025	,003
	N	180	180	180	180	180	180

Fuente: Elaboración propia

Si bien, como se puede apreciar en las tablas 4.1.12 y 4.1.13 se encontraron relaciones inversas y significativas entre las dimensiones de salud mental y cogniciones postraumáticas, salud mental y capital social, también se pudo observar que las dimensiones de capital social y cogniciones postraumáticas no correlacionaron significativamente, las cuales solo muestran una relación estadísticamente significativa e inversa con la dimensión de auto culpa (ver tabla 4.1.14).

Tabla 4.1.14

Correlación de variables

		Cog.								
		Cog Neg	Cog. Neg M	Auto Culp.	Cog. Post	Coop.	Recip.	Conf	Comp. Cívico	Emcaso
Cog. Neg, yo.	Correlación de Pearson	1	,098	,453**	,732**	-,037	-,044	-,059	-,055	-,052
	Sig. (bilateral)		,193	,00	,00	,617	,561	,432	,464	,485
	N	180	180	180	180	180	180	180	180	180
Cog. Neg.	Correlación de	,098	1	-,032	,612**	-,022	-,021	-,028	,117	,025

Mundo	Pearson									
	Sig.									
	(bilateral)	,193		,669	,000	,766	,779	,714	,118	,742
	N	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	Correlación de									
	Pearson	,453**	-,032	1	,655**	-,227**	-,167*	-,192**	-,206**	-,215**
	Sig.									
Cog. Auto	(bilateral)	,000	,669		,000	,002	,025	,010	,006	,004
culpa	N	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	Correlación de									
	Pearson	,732**	,612**	,655**	1	-,136	-,110	-,132	-,053	-,109
	Sig.									
	(bilateral)	,000	,000	,000		,070	,143	,076	,481	,144
Cog. Post.	N	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	Correlación de									
	Pearson	-,037	-,022	-,227**	-,136	1	,798**	,863**	,870**	,950**
	Sig.									
	(bilateral)	,617	,766	,002	,070		,000	,000	,000	,000
Cooperación	N	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	Correlación de									
	Pearson	-,044	-,021	-,167*	-,110	,798**	1	,924**	,738**	,904**
	Sig.									
	(bilateral)	,561	,779	,025	,143	,000		,000	,000	,000
Reciprocidad	N	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	Correlación de									
	Pearson	-,059	-,028	-,192**	-,132	,863**	,924**	1	,805**	,946**
	Sig.									
	(bilateral)	,432	,714	,010	,076	,000	,000		,000	,000
Confianza	N	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	Correlación de									
	Pearson	-,055	,117	-,206**	-,053	,870**	,738**	,805**	1	,934**
	Sig.									
	(bilateral)	,464	,118	,006	,481	,000	,000	,000		,000
Comp. Cívico	N	180	180	180	180	180	180	180	180	180
	Correlación de	-								
EMCASO	Pearson	,052	,025	-,215**	-,109	,950**	,904**	,946**	,934**	1

Sig. (bilateral)	,485	,742	,004	,144	,000	,000	,000	,000	
N	180	180	180	180	180	180	180	180	180

Fuente: Elaboración propia

4.2 Discusión

En el presente apartado se presenta un análisis de los resultados a la luz de las teorías y de la experiencia empírica que abone a la explicación en torno a la asociación presentada entre las variables de estudio capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán.

En primera instancia la información recogida ha permitido conocer los niveles de capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en estas comunidades que han sido víctimas del conflicto armado colombiano.

Los niveles de cogniciones postraumáticas en las tres comunidades fueron moderados tendiendo a moderado alto especialmente en la comunidad de El Caimán, lo que evidencia que esta comunidad presenta mayores niveles de cogniciones negativas frente al mundo, aspecto que hace referencia a más desconfianza en los otros y en las situaciones que se puedan presentar, considerando al mundo un lugar peligroso. Estos resultados evidencian que a pesar de la experiencia traumática de la violencia de los participantes no hay un nivel alto frente a esta dimensión.

En cuanto a la dimensión de las cogniciones negativas del yo, se presentan en un nivel moderadamente bajo en las comunidades de La Concordia y El Platanal, pero significativamente bajo en la comunidad del Caimán, lo que evidencia un menor impacto frente a este componente, y de esta manera permite concluir que tienen unas cogniciones negativas frente al yo bajas, lo cual resulta positivo en tanto se ven a sí mismos como personas fuertes, capaces de enfrentar situaciones difíciles y confiados. Con relación a los resultados en la dimensión de la Autoculpa, los resultados permiten observar una tendencia relativamente moderada para las tres comunidades.

En conclusión, si se analizan cada una de las dimensiones de la variable, se evidencian niveles moderados de Cogniciones negativas del Yo en las comunidades de La Concordia y El Platanal, mientras que en la comunidad de El Caimán el nivel es muy bajo. Frente a la dimensión de las cogniciones negativas del mundo las tres comunidades presentan un nivel moderado, lo que permite deducir que a pesar de las circunstancias de la violencia y los hechos víctimizantes, siguen teniendo algunos niveles de confianza en los otros, sin embargo, la exposición a eventos traumáticos afectan las cogniciones de las personas con respecto a sí mismas y al mundo, lo que compromete su salud mental (Foa et al., 1999; Janoff- Bulman, 1989; Blanco, Díaz, Gaborit y Amarís, 2010; Abello et al., 2009)

Teniendo en cuenta lo antes señalado, experimentar un evento traumático cambia el sistema de creencias, puesto que el sujeto deja de ver al mundo como un lugar que genera tranquilidad y confianza, debido a que los recursos que tenía para enfrentar cualquier situación se modifican en estructuras de vulnerabilidad como es el miedo (Amarís, 2012; Blanco et al., 2010).

Con relación al bienestar psicológico en las tres comunidades se presenta un nivel moderado, lo cual concuerda con los hallazgos de Abello et al. (2009), quienes encontraron que las personas víctimas de la violencia, particularmente del desplazamiento forzado tienen una mayor capacidad para restablecer su bienestar psicológico.

Sin embargo, es de destacar que la satisfacción con la vida presenta niveles altos, aunque el bienestar subjetivo aparece con niveles muy bajos en las tres comunidades. Si se tienen en cuenta los niveles de afecto positivo en las comunidades con un nivel moderadamente alto, en concordancia con un afecto negativo bajo. Aspecto que resulta contradictorio con el estudio de Abello et al. (2009), por cuanto en su investigación se evidencia que se presenta una habilidad especial por parte de las víctimas para restablecer su bienestar subjetivo.

Por su parte el bienestar social presenta niveles moderados, lo que a pesar de las falencias planteadas que dan cuenta de las dificultades para restablecer el bienestar social en personas víctimas de la violencia (Abello et al., 2009), en tanto no depende enteramente de ellos, en cuanto esta dimensión se articula a la relación que se establece con otros, en dimensiones tales como la integración social, expresado en sentido de pertenencia, la aceptación social, como confianza en los otros, la contribución social, por cuanto se sienten útiles a la sociedad en la que viven, actualización social, sienten confianza en el futuro y coherencia social como capacidad de entender en funcionamiento del mundo en el que viven (Blanco y Rodríguez, 2007), con lo cual se evidencia un proceso que da cuenta de fortaleza en esta dimensión en deterioro del bienestar subjetivo, el cual se ve altamente afectado.

Estos resultados evidencian una profunda afectación en su salud mental en las tres comunidades, las cuales obtuvieron puntuaciones muy similares en las diferentes pruebas asociadas con la salud mental como bienestar, al igual que desde la perspectiva tradicional de la salud mental, de lo que dan cuenta autores como Juárez y Guerra (2011); Abello et al. (2008); Correa, Palacio, Jiménez y Díaz (2009).

Con respecto a la salud mental, en estas comunidades se evidencio que las dimensiones de bienestar psicológico, satisfacción con la vida, afecto positivo y bienestar social se convierten en elementos importantes que pueden contrarrestar los efectos nocivos en las víctimas de esta problemática social sobre la percepción de su calidad de vida, siendo entonces que los resultados obtenidos en esta investigación se asemejan a las conclusiones de Ryff (1989; citado en López, 2013).

Frente a la variable de capital social en términos generales las tres comunidades tienen un capital social similar y moderado. Las dimensiones de capital social se estimaron entre niveles

modernamente bajos y moderadamente altos. Siendo el capital social de importancia para organización de las comunidades ya que compete el desarrollo y sostenimiento de elementos como: la confianza social, normas y redes sociales, los cuales facilitan las interacciones entre los individuos que pertenecen a las comunidades, al proporcionar la capacidad de actuar colectivamente a través del desarrollo de la cooperación y reciprocidad, generalizadas en la búsqueda de beneficios comunes, con lo cual se crea un entorno social que favorece a la democracia y el comportamiento cívico (Putnam, 1993), que sus dimensiones no sean altas da muestra del resquebrajamiento de las redes sociales de apoyo, la participación cívica y democrática, la pérdida de la confianza y de la capacidad de cooperar en busca de soluciones a problemas comunes y de hacer efectiva la reciprocidad, considerada una norma básica de la interacción social, lo que a su vez evidencia un impacto en la red de relaciones sociales y por tanto un mayor impacto en su salud mental y en la presencia de malestar a través de las cogniciones postraumáticas (Cardozo, 2015). Desglosando las dimensiones del capital social evaluadas se encuentra que para todas las dimensiones hay un nivel moderadamente alto, sin diferencias significativas por comunidad.

A partir de los resultados y constructo teórico es posible deducir en cuanto a la variable de capital social que estas comunidades presentan habilidades de cooperación, reciprocidad y comportamiento cívico; con respecto a las cogniciones postraumáticas presentan dificultad en la cognición negativa del yo y de auto culpa, concerniente al anterior planteamiento es necesario citar la tesis señalada por Bulman (citado por Jiménez, Páez y Javoloy, 2005) quien considera que las cogniciones negativas se deben a experiencias traumáticas que el individuo ha vivenciado, y con respecto al concepto del yo va de acuerdo a la percepción que tiene el ser humano de sí mismo incluyendo elementos como el autocontrol y capacidad de autorregulación.

A partir de las revisiones y resultados del estudio es posible deducir que el capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades El Caimán, La Concordia y El Platanal víctimas del conflicto armado, en el desarrollo de las dimensiones antes mencionadas han permitido que estas colectividades cuenten con recursos psicosociales para dar frente a los cambios que se presentan en sus comunidades a pesar de la presencia de eventos violentos y fortalezcan otros elementos esenciales para la salud mental, y disminuir el malestar generado por el conflicto armado en Colombia.

Independientemente del momento histórico en el que cada población ha vivenciado el flagelo del conflicto armado colombiano, para cada individuo inmerso en estas comunidades las huellas y vivencias han dejado experiencias emocionales que pueden ser incomparables, sin embargo, para esta investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($>0,05$) entre las dimensiones de capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades de El Platanal, La Concordia y El Caimán. Aunque, únicamente en las dimensiones de afecto positivo y cogniciones negativas del yo, las comunidades presentaron diferencias significativas ($<0,05$), aspecto que lleva a considerar que la experiencia traumática impacta de manera diferente en cada individuo en cuanto a algunos indicativos de su salud mental y cogniciones frente al mundo y frente a sí mismos.

La salud mental comprendida desde el modelo de Keyes (2005) constituye elementos como bienestar social, subjetivo y psicológico, el desarrollo de las capacidades y potencialidades del sujeto contemplaría un bienestar psicológico (Ryff, 1989), lo que permite deducir que el desarrollo de estas dimensiones de bienestar que implican la cognición, interacción y emociones sostienen la salud mental en cada sujeto, ya que contarían con los recursos o herramientas básicas que le permitan elaborarse como capital social en cuanto a la acción colectiva y el

establecimiento de vínculos que pueden permitirle a las comunidades víctimas del conflicto armado a partir de sus vivencias, generar transformaciones y redes sociales dentro de su contexto.

En este sentido la relación entre capital social y salud mental en las comunidades campesinas de El Platanal, La Concordia y El Caimán, que se evidencio en este estudio fueron para algunas dimensiones de salud mental y capital social relaciones directas y estadísticamente significativas ($<0,05$), resultado que permite concluir que hay una asociación importante entre el desarrollo y sostenimiento de la salud mental y la presencia de capital social en estas comunidades, en cuanto el capital social tiene un impacto positivo sobre la salud mental (Kawachi, 2000), lo cual confirma para este estudio la primera hipótesis.

Los eventos traumáticos pueden generar gran impacto en la salud mental de los individuos, aun mas si este ha sido colectivo ya que genera mayor impacto psicológico según Beristaín (1999); Foa y Rothbaum (1998) enfatizan que las experiencias traumáticas afectan el sistema cognitivo de los individuos, por ende, experimentan cambios en los pensamientos y creencias tomando posiciones negativas sobre el yo, sobre el mundo y sentimientos de auto culpa, encontrando que frente a estas creencias, se ve afectada profundamente la salud mental, en sus diferentes dimensiones, con respecto al bienestar subjetivo, psicológico y social se estarían viendo reflejadas en sus interacciones y capacidades dentro del contexto sociocultural en el cual las víctimas se encuentren inmersas.

Concerniente a la relación de las dimensiones de cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades de El Platanal, La Concordia y El Caimán, para esta investigación se evidenciaron relaciones inversas y estadísticamente significativas entre dimensiones de salud

mental y cogniciones postraumáticas, lo que permite discernir a partir del constructo teórico y los resultados de la presente tesis que el desarrollo y soporte de la salud mental en sus dimensiones de bienestar subjetivo, psicológico y social permiten menor posibilidad de cogniciones postraumáticas en estas comunidades que han sido víctimas del conflicto armado, lo que ha llevado a concluir que, que se cumple la segunda hipótesis al evidenciar una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de salud mental y cogniciones postraumáticas.

4.3 Conclusiones

De esta investigación se puede concluir que los niveles de capital social, salud mental y cogniciones postraumáticas presentados en las comunidades El Platanal, La Concordia y El Caimán permiten reconocer una posibilidad para la resignificación del hecho traumático, generando y afianzando capacidades para superar los nuevos retos que encuentren en su entorno mediante el capital social y la presencia de niveles moderados de salud mental, lo que permite concluir que a pesar de la violencia experimentada en el marco del conflicto armado, estas se encuentran empoderadas y con la capacidad de tramitar la exigencia de sus derechos, constituyéndolas en actores legítimos mediante su participación y capacidad de actuar con otros, de confiar, cooperar y ser recíprocos en el contexto de su comunidad y sus posibles expresiones a otros niveles.

Estas comunidades permiten evidenciar una relación entre el bienestar con la reciprocidad, confianza y comportamiento cívico, este resultado debido a las redes de apoyo establecidas en las comunidades a través de la asamblea campesina y redes solidarias estructuradas en las organizaciones; en tanto, el fortalecimiento del capital social a partir de espacios de participación en el cual los colectivos pueden manifestar sus derechos como ciudadanos y como víctimas, fortalece en estas comunidades el desarrollo del bienestar humano en torno a la capacidad de participación del colectivo que ha sido víctima de este tipo de violencia a causa del conflicto armado colombiano.

Con respecto a la correlación del bienestar social, con el afecto negativo y de la autculpa de forma negativa, permite inferir que existe una recuperación emocional propiciando y afianzando capacidades en estas comunidades para responder positivamente a dimensiones como

la integración social, la aceptación, la contribución, la actualización y la coherencia social, aspectos fundamentales para la reparación del tejido social y la participación de la comunidad.

Es pertinente para estas comunidades continuar con procesos de acompañamiento psicosocial que den continuidad a las redes solidarias, a la asamblea campesina, a los diferentes espacios de participación con el constante seguimiento en pro de la reconstrucción del proyecto de vida en los ámbitos: individual, familiar y colectivo, y de esta manera aportar a la reconstrucción del tejido social en base a el fortalecimiento de la salud mental como bienestar y capital social; así mismo con su entorno, en tanto se comprenda siguiendo los postulados de Martín Baró (1988), que hay una gran influencia de la estructura social sobre el comportamiento de las personas y relaciones sociales.

4.4 Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones se hacen con el ánimo de realizar aportes al desarrollo de nuevas investigaciones, que permitan e impulsen la creación de nuevas formas de atender, asesorar y acompañar a las víctimas del conflicto armado con un enfoque transformador, que promuevan a su vez capacidades en esta población que fortalezcan la resiliencia y la recuperación emocional de las mismas.

A quienes investigan en el área social y comunitaria se les sugiere: Multiplicar sus saberes a otros estudiantes con el fin de promover el interés en la investigación del tema. Incentivar a partir de estrategias pedagógicas la utilización de los diferentes estudios que combinen investigaciones de tipo mixto para darle un enfoque más holístico a nuevas investigaciones en este campo. Ampliar en temas tales como el enfoque de derechos, bienestar psicológico y recursos resilientes; nuevos conceptos como restablecimiento de derechos, acción sin daño y enfoque diferencial.

A las diferentes instituciones tanto gubernamentales como ONGs que trabajan con víctimas a que se capaciten más en temas como: Fortalecimiento del capital social, el enfoque de derechos para brindar una atención cada vez más integral y efectiva. Fortalecer los procesos de empoderamiento en las víctimas desde la institucionalidad. Que su trabajo con víctimas apunte a la reconciliación nacional, reconstrucción del tejido social y a la construcción de la paz.

A las víctimas y a la sociedad: multiplicar los conocimientos obtenidos hacia otras víctimas: facilitar la participación en los procesos de justicia y paz, Justicia Transicional, la Justicia Especial para la Paz (JEP) y la Comisión de Esclarecimiento de la Verdad (CEV) y así hacer aportes a la verdad y a la justicia.

Promover la formalización de organizaciones de víctimas que contribuyan al mejoramiento de los procesos actuales y futuros encaminados hacia la reparación integral.

Sensibilizar a las víctimas acerca de la importancia de la atención psicológica. Generar nuevas iniciativas que den respuestas a su propia problemática.

Referencias

- Abello, R., Amarís, M., Blanco, A. Madariaga, C., Manrique, K., Martínez, M., Turizo, Y. & Díaz, D. (2009). Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por la violencia política. *Universitas Psychologica*, 8(2), 455-470.
- Abello, R., Amarís, M., Blanco, A., Madariaga, C., Díaz, D. & Arciniegas, T. (2008). Bienestar, depresión y anomia en personas que no han sido víctimas de violencia política y social. *Investigación y Desarrollo*, 16(2), 214-231.
- Abello, R., Amaris, M., Blanco, A., Madariaga, C., Manrique, K., Martínez, M., Turizo, Y. & Díaz, D. (2009). Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por la violencia política. *Revista Universitas Psychologica*, 8(2), 455-470.
- Abello-Llanos, R., Macías, M. A., Blanco-Abarca, A., Madariaga-Orozco, C., Manrique-Palacio, K., Martínez-González, M., ... & Díaz-Méndez, D. (2009). Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por la violencia política. *Universitas psychologica*, 8(2), 455-470.
- accident survivors. *National Institute of Health Journal(NIPHA)*. Recuperado el 8 de Octubre, 2007, de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1360225#R149>
- ACNUR. (2016). ACNUR. Recuperado de:
<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2002/0033>
- Agencia Presidencial para la Acción Social Cooperación Internacional ACCION SOCIAL de la Presidencia de la República. (2010). Proyecto de protección de tierras y patrimonio de la población desplazada- La experiencia del proyecto protección de tierras y patrimonio de

- la población desplazada. Acción Social. Recuperado de:
http://restituciondetierras.gov.co/media/descargas/publicaciones/resumen_ejecutivo.pdf
- Alberdi, J. & Pérez K. (2006). Capital social. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Barcelona: Universidad del país Vasco. Recuperado de:
<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/29>
- Alberdi, J. y Pérez K. (2000). Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. España: Icaria y Hegoa.
- Alto comisionado de las naciones unidas para los refugiados [ACNUR]. (2002). Violencia de género y mujeres desplazadas. El desplazamiento forzoso en Colombia, el impacto en las mujeres. Refugiados. Mujeres: en busca de un trato mejor. Las niñas perdidas de Sudán. *Refugiados, 144*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/revistas/114/pg9art7.htm>.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR]. (2009). El informe anual de ACNUR revela que hay 42 millones de desarraigados en todo el mundo. Documento Electrónico. Recuperado de: http://www.eacnur.org/04_02_01.cfm?id=1460
- Alto comisionado de las naciones Unidas para los refugiados [ACNUR] (2009). Violencia de Género y Mujeres desplazadas. Documento de Trabajo. Recuperado de:
<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/7269>
- Alto comisionado de las naciones Unidas para los refugiados [ACNUR]. (2016). Violencia de Género y Mujeres desplazadas. Documento de Trabajo. Recuperado de
<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/7269>
- Alzate, M. (2010). Interpretaciones frente a la violencia y el conflicto armado en Colombia. *Estudios Sociales, 18*(36), 34-55.

- Amarís, M. (2012). Modelo analítico de las relaciones funcionales de las estrategias de afrontamiento familiar, funcionamiento familiar, la inteligencia social y las estrategias de afrontamiento individual, con respecto a la salud mental y las cogniciones postraumáticas en jóvenes desplazados por la violencia sociopolítica. (Tesis inédita de doctorado). Universidad del Norte, Barranquilla Colombia
- Amarís, M., Paternina, A. & Vargas, K. (2004). Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en “La Cangrejera” (corregimiento de Barranquilla, Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 14, 91-124.
- Andrade, J., Parra, M. & Torres, L. (2013). Desplazamiento forzado y Vulnerabilidad en salud mental en Colombia. Revisión del estado del arte. *Revista Poesis*, 25, 618-645.
- Recuperado de: <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poesis/article/view/645/618>
- Aróstegui, J. (1994). Violencia, sociedad y política: la definición de la violencia. *Ayer*, 13, 17-55.
- Aslund, C., Starrin, B. y Nilsson, K. (2014). Psychosomatic symptoms and low psychological well-being in relation to employment status: The influence of social capital in a large cross-sectional study in Sweden. *International Journal for Equity in Health*. 13(1), 4 22.
- Atria, R., Siles, M., Arriagada, I., Robison, L. & Whiteford. (Compiladores) (2003). capital social y reducción de la pobreza en América latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma. Santiago de Chile: CEPAL-Universidad del Estado de Michigan.
- Azuero, A (2009). Capital social e inclusión social: algunos elementos para la política social en Colombia. *Colombia Cuadernos De Administración*. 41, 151-168
- Bahamondes, M. (2001). Contradicciones Del Concepto “capital social”. La Antropología De Las Alianzas Y Subjetividad Campesina. Grupo De Investigaciones Agrarias (Gia), Universidad Académica De Humanismo Cristiano: Santiago, Chile.

Banco Mundial. (1999). “¿Qué Es El capital social?”, *Povertynet*. Documento Electrónico.

Recuperado de: [Http://Www.Worldbank.Org/Poverty/Scapital/Whatsc.Htm](http://Www.Worldbank.Org/Poverty/Scapital/Whatsc.Htm).

Banco Mundial. (2004). *capital social*. Documento Electrónico. Recuperado de:

www.worldbank.org/poverty/capital

Bar-Tal, D. (1998). Societal beliefs in time of intractable conflict: The Israeli case. *International Journal of Conflict Management*, 1998, 9, 22-50.

Beck, J., Coffey, S., Palyo, S., Gudmundsdottir, B., Miller, L. & Colder, C. (2004). Psychometric Properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A replication with motor vehicle Bello, MN. (S.F). *Daño y Reparación: Una Lectura Psicosocial*.

Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación*. Recuperado de

<http://uapmetodologiadelainvestigacion.com/onewebmedia/Libro%20metodologia%20investigacion%20PDF.pdf>

Beristain, C.M. (2008). *Diálogos sobre Reparación. Experiencias en el Sistema Interamericano de Derechos*.

Beristain, C.M. (2010). *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos*. Bilbao. Editorial Hegoa.

Blanco, A. & Díaz, D. (2004). Bienestar Social y Trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno De estrés postraumático. *Clínica y Salud*, 15, 227-252.

Blanco, A. & Rodríguez (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En: Amalio, B., & Rodríguez, J. *Intervención Psicosocial*. Madrid: McGraw-Hill.

Blanco, A. & Valera, S. (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En B. Amalio & J. Rodríguez. *Intervención Psicosocial*. Madrid: Mac GrawHill.

Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M., & Amaris, M. D. C. (2010). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1).

Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M., y Amarís, M. (2010). El sentido del mundo y el significado del yo: inventario de cogniciones postraumáticas (ICPT) en la población hispana. *Revista Latinoamericana de psicología*. 43(1). 97-110

Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M., y Amarís, M. (2010). El sentido del mundo y el significado del yo: inventario de cogniciones postraumáticas (ICPT) en la población hispana. *Revista Latinoamericana de psicología*. 43(1). 97-110

Bourd , P. (1997)“Le capital social: notes provisoires”. Actes de la recherches en sciences sociales, n°31 Newton, K. “Social capital and democracy”. (1980): 2-3606-619

Bourdieu, P. (1980). *Le capital social*. Notes provisoires. Actes de la recherche en sciences sociales: París.

Bourdieu, P. (1986). The Forms of capital. In John Richardson, Ed. *Handbook of theory and Research for the sociology of education*. New York: Greenwood press, pp. 241-258

Cardozo - Rusinque, A. (2015). Modelo analítico de las relaciones funcionales entre el capital social, la salud mental y las cogniciones postraumáticas en víctimas del desplazamiento forzado asociado al conflicto armado y en población en condición de pobreza (tesis Doctorado). Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

Caribe, 31.VII-IX. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21331836001>

Caro Peralta EA, Grupo de Memoria Histórica. (2014). ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. *Anu Colomb HistSoc y la Cult*. 41, 339.

Centro de Memoria Histórica (2013). Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado. En ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional.

Centro de Memoria Historica. (s.f.). Estadísticas del Conflicto Armado en Colombia.

Recuperado de:

<http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/estadisticas.html>

Chaux, E. (2004). Competencias ciudadanas en el aula. Revista Semana

Comisión de Seguimiento y Monitoreo a la implementación de la Ley 1448 de 2011 “Ley de Víctimas y Restitución de Tierras”. (2016). *Tercer informe de seguimiento al congreso de la república 2015-2016*. Bogotá. Recuperado el 16 de 09 de 2016, de:

http://www.contraloriagen.gov.co/web/guest/boletinprensa//asset_publisher/YpAcs9FAgeWm/content/comision-de-seguimiento-a-la-ley-de-119-victimas-advierte-graves-deficiencias-en-su-implementacion-a-cinco-anos-de-terminar-su-vigencia.

Conflictos Armados. (2012). 28-79. Recuperado de:

<http://escolapau.uab.cat/img/programas/alerta/alerta/12/cap01e.pdf>

Congreso de la República. Ley 1448 de 2011. “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”.DOI: 10.1186/1475-9276-13-22.

Correa, A., Palacio, J., Jiménez, S. & Díaz, M. (2009). Desplazamiento interno forzado. Restablecimiento urbano e identidad social. Barranquilla: Ediciones Uninorte.

Cortés, R. (2001). Paramilitares: Violencia política en Colombia. *Aldea Mundo*, 5(10), 25-32.

De La Corte, L. (1998) *Compromiso y Ciencia Social: El ejemplo de Ignacio Martín-Baró*. Tesis

Doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Madrid.

DSM V (APA, 2013). Criterios del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Durston, J. (2001). *Capital social- parte del problema, parte de la solución. Su papel en la*

persistencia y en la superación de la pobreza en América Latina y el Caribe. Comisión

Económica para América latina y el Caribe. Universidad del estado de Michigan.

Conferencia “En busca de un nuevo paradigma: capital social y reducción de la pobreza en América latina y el Caribe”.

Durston, J. (2002). *Capital social Campesino en la Gestión del Desarrollo Rural*. Editor

CEPAL. www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/11700/indice.pdf Editores. *Educativa y el*

Desarrollo Pedagógico IDEP (17), 37-52. En U. N., *Competencias y proyecto*

pedagógico (pp. 31-54). Bogotá: Unibiblos. Veintiuno

Foa, E.B., Tollin, D.F., Ehlers, A., Clark, D.M., y Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic

Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 11

(3), 303-314.

Foa, E., Tolin, D., Ehlers, A., Clark, D. & Orsillo, S. (1999). The Posttraumatic Cognitions

Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*. 11, (3)303-

314.

Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS) Manual. Minneapolis, MN:

National Computer Systems.

Foa, E.B. y Riggs, D.S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. En J. Oldham,

M.B.

- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Gómez, A. y Cárdenas, G. (2016). Reacciones postraumáticas: revisión desde una perspectiva dimensional. *Psicología Iberoamericana*, 24 (1),70-79.
- Gómez, C., Tamayo, N., Buitrago, G., Guarnizo, C., Garzón, N., Eslava, J., ... & Rincón, C. (2016). *Rev colomb psiquiat*. 45 (s1), 147–153. doi: 10.1016/j.rcp.2016.11.001
- Grupo de Memoria Histórica (GMH). (2013). ¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Capítulo II: los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado. Bogotá: Imprenta Nacional. 110-195. Recuperado de:
<http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. (2ª ed.). México: Interamericana Editores, S.A. De C.V.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. McGraw-Hill Interamericana Editores. SA. DE C.V. México.
- Hewitt, N., Juárez, F., Parada, A., Guerrero, J., Romero, Y., Salgado, A. & Vargas, M. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140. doi: 10.15446/rcp.v25n1.49966
- Homicidios de líderes sociales y defensores de derechos humanos. Defensoría del Pueblo Colombia. Recuperado en:
<http://www.defensoria.gov.co/es/public/contenido/7399/Homicidios-de-l%C3%ADderes-sociales-y-defensores-de-DDHH.htm>

Huergo, J. (2004) La formación de sujetos y los sentidos políticos-culturales de

Janoff- Bulman, (1992). *Shattered Assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press

Janoff- Bulman, (1992). *Shattered Assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press

Jiménez, E. (2018). Estudio correlacional entre capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en jóvenes víctimas del conflicto armado en el barrio las gardenias de la ciudad de Barranquilla. Recuperado de:
<http://repositorio.cuc.edu.co/xmlui/bitstream/handle/11323/1611/1081921596.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Juárez, F. y Guerra, A. (2011). Características socioeconómicas y salud en personas pobre y desplazadas. *Teoría e Pesquisa*, 27(4) 511-519

Kawachi, I. (2000). *Social Capital in collaboration with the Social Environment working group*. Documento Online. Recuperado de <http://www.macses.ucsf.edu/Rese>

Labrador Encinas, F. J., Fernández-Velasco, M., & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1).

Laverde, M., Daza, G., Zuleta, M. Universidad Central – DIUC, Bogotá, Siglo del hombre.

Leiva, J. (2011). Principios pedagógicos de la educación para la convivencia intercultural. En Madrid: Paidós

Leiva, J. y Borrero, R. (1992). Interculturalidad y escuela. Perspectivas pedagógicas en la construcción comunitaria de la escuela intercultural. Barcelona: Octaedro. 41-66.

Lin, N. (2001). *Social capital: a theory of social. Structure and action*, Cambridge: Cambridge

University Press. Recuperado de: <http://www.citeulike.org/group/254/article/244822>

Madariaga, C. y Blanco, A. (2012). Modelo analítico de las relaciones funcionales de las estrategias de afrontamiento familiar, funcionamiento familiar, la inteligencia social y de las estrategias de afrontamiento individual, con respecto a la salud mental y las cogniciones postraumáticas en los jóvenes desplazados por la violencia sociopolítica.

Recuperado de:

<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7415/modelo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Madariaga, C. y Sierra, O. (2000). Redes sociales y pobreza. Psicología desde el Caribe.

Recuperado

de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/759/5260>

Madariaga, C., Abello, R. y Sierra, O. (2014). *Redes sociales, infancia, familia y comunidad*.

Recuperado

de: [https://books.google.com.co/books?id=vrBCDwAAQBAJ&pg=PA85&lpg=PA85&dq=extra%C3%B1os+\(Meyers,+1993&source=bl&ots=9xtx_CIVGf&sig=5eFSuVC7MgoUB0kPZ--ZqEJi_ws&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiZrOCv1aDeAhVLjkKHT0JBsAQ6AEwAHoECAkQAQ#v=onepage&q=extra%C3%B1os%20\(Meyers%2C%201993&f=false](https://books.google.com.co/books?id=vrBCDwAAQBAJ&pg=PA85&lpg=PA85&dq=extra%C3%B1os+(Meyers,+1993&source=bl&ots=9xtx_CIVGf&sig=5eFSuVC7MgoUB0kPZ--ZqEJi_ws&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiZrOCv1aDeAhVLjkKHT0JBsAQ6AEwAHoECAkQAQ#v=onepage&q=extra%C3%B1os%20(Meyers%2C%201993&f=false)

Marín, D. (2005). Percepciones, repercusiones y solución de la violencia en Colombia, Mirada Popular. *Perfiles Libertadores*, 3.

Médicos Sin Fronteras (MSF). (2013). Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. Recuperado de:

https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Informe-Colombia_Junio-2013.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2005). Estudio Nacional de Salud mental, Colombia, 2003. Cali: Ministerio de Protección Social- Fundación FES social. Realizado en unión con la OMS y la Universidad de Harvard.

Ministerio de salud, Colciencias. encuesta nacional de salud mental 2015. tomo i, 384.

ministerio del interior. Decreto Ley 4634. Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de tierras a las víctimas pertenecientes al pueblo Rrom o Gitano.

Oquist, P. (S.F.). Violencia, conflicto y política en Colombia, cuadro. 4, 323.

Oquist, P. (S.F.). Violencia, conflicto y política en Colombia, cuadro. 1, 322.

Organista, P. (2007) El concepto de competencias: una mirada histórica desde la psicología de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001. 9.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo: la vida en el siglo XXI, una perspectiva para todos. Ginebra: OMS; 1998.

Organización mundial de la salud [OMS] (2003). *Creando un ambiente para el bienestar emocional y social*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Organización Mundial de la Salud, departamento de salud mental y abuso de sustancias en colaboración con Fundación Victorian para la promoción de la Salud y la Universidad de Melbourne.

Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2004). Invertir en Salud mental. Ginebra. Suiza:

Autor. Organización Naciones Unidas, (1999). Reporte de la sanción 20

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Programa de salud mental. Washington: Oxford

University Press; 1990. 7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Carta de Ottawa [plegable]. Washington: OPS; 1997. 8.

Palacio, J. Correa, A., Díaz, M. Jiménez, S. (2003). La búsqueda de la identidad social. Un punto de partida para comprender las dinámicas del desplazamiento – restablecimiento forzado en Colombia. *Investigación y Desarrollo* 11(1) 26- 55.

Palacio, J., Abello, R., Madariaga, C. & Sabatier, C. (1999). Estrés Post-traumático y resistencia psicológica en jóvenes desplazados. *Investigación y Desarrollo*, 10(1),16-29.

Palacio, J., Sabatier, C., Abello, R., Amar, J., Madariaga, C., Gutiérrez, k. (2001). El capital social como apoyo a la superación de problemas en la población desplazada por la violencia en Colombia. *Investigación y Desarrollo*, 09, (002). 514- 535.

Pax Holanda (2012). Movimiento PAX Holanda y su compromiso con la implementación de la paz y la construcción de tejido social en Colombia. Recuperado de:
<https://paxencolombia.org/presentacion/>

Peñalva, A. y López, J. (2014). Competencias ciudadanas en alumnado de magisterio: la competencia intercultural personal. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 17 (2), 139-153.

Prado, R. (2015). La reconfiguración de los conflictos armados en las relaciones internacionales: La internacionalización del conflicto en Siria. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 60 (224), 187-220.

Putnam, R. (1993) Bowling alone: The diminution de la America's capital social, *Journal of Democracy*. 6:1 65-78

Putnam, R. (1993). *Marking democracy work*. Princeton, NJ: Princeton University Press

Putnam, R. (1993). The prosperous community. En: *teha American Prospect*. 4(13). Recuperado de: http://www.prospect.org/cs/articles?article=the_prosperous_community

Putnam, R. (2001). Capital social, medición y consecuencias. *SUMA- Publicación Canadiense de Investigación de Políticas, Spring*, 4-51

Recuperado de: http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/DSM5_criterios_TEPT.html

Riba y A. Tasman (eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (vol. 12, pp. 273-

Secretaría de Agricultura de la Gobernación del Tolima. (1959). La Violencia en el Tolima.

Urteaga, E. (2013). La teoría del capital social de Robert Putnam: Originalidad y carencias.

Reflexión Política, 15 (29), 44-60.

Anexos

**UNIVERSIDAD DE LA COSTA CUC
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL INDIVIDUO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**



Código _____ Fecha _____

Consentimiento para participar en un estudio de investigación Relación entre el capital social, las cogniciones postraumáticas y la salud mental como bienestar en las comunidades campesinas Víctimas del Conflicto Armado (El caimán, La Concordia y El Platanal - Cesar)

Título investigación: Relaciones entre capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades campesinas víctimas del Conflicto Armado. Esta investigación se viene desarrollando por las psicólogas Milene Patricia Calvo Silva y Clara Olivo Ortega, estudiantes de la Maestría en Psicología de la Universidad de la Costa, con la Tutoría de los docentes Aura Alicia Cardozo Rusinque PhD. y Mg. Omar Cortes Peña

Nombre de las investigadoras:

Psicóloga: Clara Olivo Ortega

Domicilio: Calle 15 No. 65- 13 casa D 08. Soledad – Atlántico **Teléfono:** 3207604778

E- mail: claraolivo10@hotmail.com

Psicóloga: Milene Patricia Calvo Silva

Domicilio: Calle 13 B bis # 14 – 79 apto. 302. **Teléfono:** 3126632769

E- mail: milenecalvo@yahoo.es

Señor (a) _____ le estamos invitando a participar en una investigación acerca de las relaciones que puedan establecerse entre su bienestar y las posibilidades de trabajar con otros en busca de alcanzar objetivos comunes sus comunidades.

Procedimiento: Esta investigación es un *Estudio Correlacional* la cual a usted le serán aplicadas las Escalas de *Bienestar Psicológico* (Ryff, 1989), *Bienestar subjetivo* (Diener, 1985), *Bienestar social* (Keyes, 1998); el *Inventario de Cogniciones Postraumáticas* (Foa et al., 1999) y la *Escala de Medición del Capital Social EMCASO* (Cardozo y Cortes, 2015) donde esperamos que, de la forma más auténtica y sincera posible, nos cuente sobre su caso específico.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad de Costa como requisito de investigación en la maestría y socializados a usted como participante del proceso (en caso de ser requerido).

Es importante que usted sepa que:

Participación es voluntaria. La participación en este estudio es libre y voluntaria. Tiene la libertad de retirar su consentimiento de participación en esta investigación si así lo considera. Durante la fase de evaluación, puede decidir libremente no contestar preguntas que no desee responder.

- Para completar las siguientes encuestas se requiere un tiempo de 45 minutos.
- Esta información será archivada en papel y medio electrónico.
- Los temas abordados serán analizados en la investigación; manteniéndose en absoluta reserva los datos personales de la persona entrevistada.

• **El propósito del estudio:** La información que pueda ser obtenida con su participación en el estudio será usada con fines académicos y de investigación en el ámbito universitario. Siempre será mantenida la confiabilidad de sus datos personales.

• **Retribución y beneficios por la participación.** Usted no recibirá dinero por participar en el estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia, en especial en el marco de la salud mental, capital social y cogniciones postraumáticas. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar los procesos de las comunidades.

• **Riesgo e incomodidad.** No se conoce o espera ningún riesgo por participar en este estudio. Esta investigación es categorizada como investigación con riesgo mínimo, no se desarrollará ningún procedimiento invasivo.

• **Confidencialidad.** Cualquier información personal que haga parte de los resultados de la investigación será mantenida de manera confidencial. La participación es completamente anónima.

Consentimiento Informado

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el objetivo de la investigación y de haber recibido explicaciones verbales sobre ello y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que he resuelto participar. Además, expresamente autorizo al investigador para utilizar la información codificada en otras futuras investigaciones.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado.

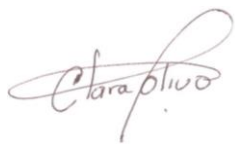
Nombre del participante: _____ C.C. _____

Municipio _____ Fecha _____

Nombre, firma y documento de identidad de las investigadoras:

Milene Calvo Silva _____ C.C.: 1'065.613.511 de Valledupar

Clara Inés Olivo Ortega



C.C.: 55227564 de Barranquilla

Coord. Académico Maestría en Psicología _



_ CC.72261223 Barranquilla

En caso que usted necesite hacer alguna consulta sobre su experiencia a partir de los temas tratados en estas entrevistas y/o pruebas, puede comunicarse con Milene calvo claraolivo10@hotmail.com o Clara Inés Olivo milenecalvo@yahoo.es

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

UNIVERSIDAD DE LA COSTA CUC
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DEL INDIVIDUO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Código _____ Fecha _____

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones a través de las cuales se busca conocer su opinión sobre diversas situaciones y sobre usted mismo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Toda la información contenida en este cuestionario es confidencial.

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

<i>Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:</i>	Totalmente en desacuerdo 1	Bastante en desacuerdo 2	Poco en desacuerdo 3	Un poco de acuerdo 4	Bastante de acuerdo 5	Totalmente de acuerdo 6
--	----------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-------------------------

1. Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.						
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajando para hacerlos realidad.						
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propongo para mí mismo.						
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						

24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.						
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
26. Pienso que con los años no he mejorado mucho como persona.						
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio, y crecimiento.						
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.						

Ítem único de Satisfacción con la Vida de Cantril

Evalúe su vida globalmente durante los últimos días:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0= La peor vida posible

La mejor vida posible =10

Escala de Bienestar Subjetivo de Diener

Señale su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	Totalmente de Acuerdo 1	Parcialmente de Acuerdo 2	Neutro 3	Parcialmente en Desacuerdo 4	Totalmente en Desacuerdo 5
1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar.					
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.					
3. Estoy satisfecho con mi vida.					
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida.					
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.					

Escalas de Afecto Positivo y Afecto Negativo

<i>Durante los últimos 30 días, durante cuánto tiempo te has sentido:</i>	TODO EL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	ALGÚN TIEMPO	POCO TIEMPO	NINGÚN TIEMPO
a. Alegre?	1	2	3	4	5
b. De buen humor?	1	2	3	4	5
c. Extremadamente feliz?	1	2	3	4	5
d. Tranquilo y en calma?	1	2	3	4	5
e. Satisfecho?	1	2	3	4	5
f. Lleno de vida?	1	2	3	4	5

<i>Durante los últimos 30 días, durante cuánto tiempo te has sentido:</i>	TODO EL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	ALGÚN TIEMPO	POCO TIEMPO	NINGÚN TIEMPO
a. Tan triste que nadie podía animarte?	1	2	3	4	5
b. Nervioso?	1	2	3	4	5

Escala de Bienestar Social de Keyes

Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:	Totalmente de Acuerdo 1	2	3	Neutr o 4	5	Totalmente en desacuerdo 7
1. Para mí el progreso social es algo que no existe.						
2. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.						
3. Creo que la gente no es de fiar.						
4. Creo que la gente me valora como persona.						
5. La sociedad no ofrece incentivos para gente como yo.						
6. No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.						
7. No entiendo lo que está pasando en el mundo.						
8. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.						
9. El mundo es demasiado complejo para mí.						
10. Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.						
11. La sociedad ya no progresa.						
12. Creo que la gente es egoísta.						
13. No vale la pena esforzarme por intentar comprender el mundo en el que vivo.						
14. Creo que puedo aportar algo al mundo.						
15. Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.						
16. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.						
17. Me siento cercano a otra gente.						
18. Las personas no se preocupan de los problemas de otros.						
19. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.						
20. Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.						
21. Creo que no se debe confiar en la gente.						
22. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.						
23. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.						
24. Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.						
25. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.						

Inventario de Cogniciones Postraumáticas

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos que pudo haber tenido después de la situación más difícil y dolorosa por la que haya pasado. A continuación se encuentran una serie de afirmaciones que podrían ser representativas de lo que ha podido pensar en ese momento. Por favor lea cuidadosamente cada afirmación y díganos si está de acuerdo o no con ella. La gente reacciona a eventos traumáticos de diferentes formas y, por tanto, las siguientes afirmaciones no tienen respuestas correctas o incorrectas.

Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:	Totalmente en desacuerdo 1	2	3	Ninguno 4	5	6	Totalmente de Acuerdo 7
---	----------------------------	---	---	-----------	---	---	-------------------------

1. Lo ocurrido se debe a mi manera de actuar							
2. No puedo confiar en que haré lo que debo							
3. Soy una persona débil							
4. No soy capaz de controlar mi ira y podría hacer cosas terribles.							
5. No me siento capaz de enfrentarme ni siquiera al más leve contratiempo							
6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento un ser despreciable.							
7. No se puede confiar en la gente							
8. Tengo que estar en guardia todo el tiempo							
9. Me siento muerto por dentro							
10. Nunca puedes saber quién te hará daño							
11. Tengo que estar siempre alerta porque no sé lo que me puede ocurrir							
12. Me siento una persona incapaz							
13. No voy a ser capaz de controlar mis emociones y sucederá algo terrible							
14. Si pienso en lo que ocurrió, me siento incapaz de enfrentarme a ello							
15. Lo que me ha ocurrido se debe al tipo de persona que soy							
16. Mis reacciones desde que sucedió me hacen pensar que me estoy volviendo loco.							
17. Nunca volveré a sentir emociones normales							
18. El mundo es un lugar peligroso							
19. Alguien tendría que haber evitado lo que sucedió							
20. He cambiado para mal							
21. Me siento como un objeto, no como una persona							
22. Cualquier otro hubiera evitado este suceso							
23. No puedo confiar en la gente							
24. Me siento aislado y al margen de los otros							
25. No tengo futuro							
26. No puedo evitar que me sucedan cosas malas							
27. La gente no es lo que parece							
28. Mi vida ha quedado destrozada							
29. Algo falla en mí como persona							
30. Mis reacciones desde el suceso muestran que soy un pésimo luchador							
31. Hay algo dentro de mí que provocó el suceso							
32. No soy capaz de afrontar mis pensamientos sobre lo que sucedió e intento olvidarlos y apartarlos							
33. Siento como si ya no supiera quién soy							
34. Nunca sabes cuándo pasará algo terrible							
35. No puedo confiar en mí mismo							
36. Nada bueno puede pasarme en el futuro							

ESCALA DE MEDICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL

A continuación se presentan una serie de afirmaciones, debe escoger la respuesta que más se acerque a usted. No hay respuestas buenas o malas, Señale en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones teniendo en cuenta la siguiente escala:

Definitivamente NO (1)	Probablemente NO (2)	Probablemente SI (3)	Definitivamente SI (4)
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

SUBESCALA DE COOPERACIÓN

COOPERACIÓN EN LA FAMILIA		D EF. SI	PR OB. SI	PR OB. NO	D EF. N O
1.	Participo en actividades realizadas con mi familia para alcanzar proyectos comunes.	(4)	(3)	(2)	(1)
2.	Incentivo a los miembros de mi familia para lograr las propuestas o proyectos propuestos.	(4)	(3)	(2)	(1)
3.	Existe apoyo entre los miembros de mi familia cuando nos proponemos alcanzar algún objetivo común.	(4)	(3)	(2)	(1)
4.	Cuando estamos actuado juntos para alcanzar una meta común considero que será más probable alcanzarla.	(4)	(3)	(2)	(1)
5.	Ayudo a los miembros de mi familia a alcanzar los logros propuestos así como ellos lo hacen conmigo	(4)	(3)	(2)	(1)
6.	Existe apoyo entre los miembros de mi familia porque sabemos que juntos podemos lograr mejor nuestras metas	(4)	(3)	(2)	(1)
7.	Contribuyo con mi familia para alcanzar los beneficios comunes	(4)	(3)	(2)	(1)

COOPERACIÓN EN LA COMUNIDAD		D EF. SI	PR OB. SI	PR OB. NO	D EF. N O
8.	Participo en actividades realizadas en mi comunidad para alcanzar objetivos comunes que nos benefician a todos.	(4)	(3)	(2)	(1)
9.	Aporto a la solución de los problemas de mi comunidad, dado que entre todos logramos alcanzar las metas y proyectos que nos hayamos propuesto.	(4)	(3)	(2)	(1)
10.	Me gusta hacer aportes en las actividades programadas por mi comunidad para lograr los objetivos propuestos.	(4)	(3)	(2)	(1)
11.	Apoyo a los miembros de mi comunidad cuando se presentan problemas que nos afectan en el barrio	(4)	(3)	(2)	(1)
12.	Comparto las responsabilidades y tareas asumidas cuando actuamos para buscar algún beneficio para el barrio	(4)	(3)	(2)	(1)
13.	Actúo en cooperación con los miembros de mi comunidad porque confío en que esto nos beneficia a todos	(4)	(3)	(2)	(1)
14.	Entre nuestra comunidad podemos complementarnos para alcanzar objetivos compartidos	(4)	(3)	(2)	(1)

COOPERACIÓN EN LAS ORGANIZACIONES		D	PR	PR	D
-----------------------------------	--	---	----	----	---

	EF. SI	OB. SI	OB. NO	EF. N O
15. Contribuyo activamente con las organizaciones de mi barrio para gestionar la solución de problemas que nos aquejan	(4)	(3)	(2)	(1)
16. Coopero con los requerimientos que hacen las organizaciones de mi comunidad para gestionar cambios en mi barrio.	(4)	(3)	(2)	(1)
17. Cuando se requiere del apoyo de las organizaciones de la comunidad sé que puedo contar con ellas.	(4)	(3)	(2)	(1)
18. Las organizaciones de mi comunidad han respondido efectivamente en la solución de los problemas del barrio	(4)	(3)	(2)	(1)
19. La cooperación con las organizaciones de mi barrio contribuye a la solución de los problemas en nuestra comunidad	(4)	(3)	(2)	(1)
20. Considero que el trabajo en equipo hace más fácil la solución de los problemas de mi comunidad	(4)	(3)	(2)	(1)
21. Es posible alcanzar objetivos comunes en mi barrio cuando se hace desde una organización de la comunidad	(4)	(3)	(2)	(1)

ESCALA DE MEDICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL
SUBESCALA DE RECIPROCIDAD

Definitivamente NO (1)	Probablemente NO (2)	Probablemente SI (3)	Definitivamente SI (4)
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

RECIPROCIDAD EN LA FAMILIA	D EF. SI	PR OB. SI	PR OB. NO	DEF . NO
1. Apoyo a mi familia de la misma manera en la que siento que ellos lo hacen conmigo	(4)	(3)	(2)	(1)
2. Generalmente en las fechas especiales nos brindamos regalos de manera recíproca	(4)	(3)	(2)	(1)
3. Siento que en mi familia somos afectuosos	(4)	(3)	(2)	(1)
4. Cuando ayudo a los miembros de mi familia, espero que hagan lo mismo conmigo.	(4)	(3)	(2)	(1)
5. Hago favores a mis familiares para ayudarlos a alcanzar sus logros, así como ellos lo hacen conmigo.	(4)	(3)	(2)	(1)
6. Creo en el dicho de “manos que no dan que esperan”, cuando de mi familia se trata	(4)	(3)	(2)	(1)
7. Contamos mutuamente con el apoyo de la familia.	(4)	(3)	(2)	(1)

RECIPROCIDAD EN LA COMUNIDAD	D EF. SI	PR OB. SI	PR OB. NO	DEF . NO
8. Puedo esperar apoyo de las personas de mi comunidad ya que cuando me han necesitado yo los he ayudado.	(4)	(3)	(2)	(1)
9. Me siento muy bien cuando puedo devolver a mis vecinos los favores recibidos	(4)	(3)	(2)	(1)
10. Tengo experiencias positivas de apoyo de mis vecinos cuando los he necesitado, por eso estoy dispuesto a apoyarlos.	(4)	(3)	(2)	(1)
11. Considero que en el barrio siempre se presenta el apoyo mutuo y la solidaridad.	(4)	(3)	(2)	(1)
12. Cuando ayudo a otros, espero que los demás lo hagan conmigo si los necesito.	(4)	(3)	(2)	(1)
13. Las relaciones que tengo en mi comunidad son fuertes y nos apoyamos para resolver nuestros problemas	(4)	(3)	(2)	(1)
14. Tengo experiencias positivas de apoyo por parte de vecinos y amigos que en otros momentos he ayudado	(4)	(3)	(2)	(1)

RECIPROCIDAD EN LAS ORGANIZACIONES	D EF. SI	PR OB. SI	PR OB. NO	DEF . NO
15. Cuando participo en proyectos de organizaciones comunitarios, se que a mí también me beneficiaran.	(4)	(3)	(2)	(1)

16. Las organizaciones de mi comunidad atienden a sus miembros cuando ha sido necesario	(4)	(3)	(2)	(1)
17. Formar parte de las organizaciones de mi comunidad me garantiza que cuando tenga problemas estas me van a ayudar	(4)	(3)	(2)	(1)
18. Considero que es importante que la comunidad se organice para alcanzar los propósitos y beneficios esperados	(4)	(3)	(2)	(1)
19. Participo en las organizaciones de mi barrio para resolver los problemas que nos aquejan, buscando el bien de todos.	(4)	(3)	(2)	(1)
20. Hay correspondencia entre los aportes que realizo a las organizaciones de mi comunidad y lo que puedo recibir de ellas	(4)	(3)	(2)	(1)
21. Considero que hay un intercambio de favores entre las organizaciones donde participo y lo que puedo esperar de ellas	(4)	(3)	(2)	(1)

ESCALA DE MEDICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL
SUBESCALA DE CONFIANZA

Definitivamente NO (1)	Probablemente NO (2)	Probablemente SI (3)	Definitivamente SI (4)
---------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

CONFIANZA EN LA FAMILIA	D EF. SI	PR OB. SI	PR OB. NO	DEF NO
1. Me siento seguro con las personas de mi familia	(4)	(3)	(2)	(1)
2. Sé que cuento con los miembros de mi familia cuando los necesito	(4)	(3)	(2)	(1)
3. Puedo contarles mis cosas personales a los miembros de mi familia	(4)	(3)	(2)	(1)
4. Siento tranquilidad e intimidad cuando estoy en el hogar, con mi familia	(4)	(3)	(2)	(1)
5. Cuando estoy con mi familia me siento libre de ser quien soy	(4)	(3)	(2)	(1)
6. Hay compañerismo entre los miembros de mi familia	(4)	(3)	(2)	(1)
7. Suelo ser generoso con mi familia porque sé que puedo contar con ellos	(4)	(3)	(2)	(1)

CONFIANZA EN LA COMUNIDAD	D EF. SI	PR OB. SI	PR OB. NO	DEF NO
8. Me siento seguro con las personas de mi comunidad	(4)	(3)	(2)	(1)
9. Sé que puedo confiar en mis vecinos	(4)	(3)	(2)	(1)
10. Las relaciones con las personas de mi barrio son positivas y cordiales	(4)	(3)	(2)	(1)
11. Existe familiaridad con mis vecinos	(4)	(3)	(2)	(1)
12. Sostengo relaciones cordiales con los miembros de mi comunidad	(4)	(3)	(2)	(1)
13. Considero que mis vecinos son mis amigos	(4)	(3)	(2)	(1)
14. Nuestras relaciones en la comunidad son cordiales	(4)	(3)	(2)	(1)

CONFIANZA EN LAS ORGANIZACIONES	D EF. SI	PR OB. SI	PR OB. NO	DEF NO
15. Las organizaciones de mi comunidad me hacen sentir seguro	(4)	(3)	(2)	(1)
16. Me siento comprometido con las instituciones de mi comunidad, ya que con ellas puedo alcanzar objetivos comunes	(4)	(3)	(2)	(1)
17. Considero que las organizaciones de mi barrio son capaces de	(4)	(3)	(2)	(1)

cumplir con los propósitos para los cuales se crearon)			
18. Las comunicaciones que tenemos con las organizaciones en mi barrio son confiables	(4)	(3)	(2)	(1)
19. Puedo contar con las organizaciones de mi barrio para dar solución a mis problemas como miembro de la comunidad	(4)	(3)	(2)	(1)
20. Puedo descansar y tranquilizarme cuando busco apoyo en las organizaciones de mi comunidad	(4)	(3)	(2)	(1)
21. Tengo confianza en las organizaciones de mi comunidad	(4)	(3)	(2)	(1)

COMPORTAMIENTO CÍVICO	D EF. SI	PR OB. SI	PR OB. NO	D EF. N O
1. Participo en los procesos donde se deben tomar decisiones para el desarrollo de mi comunidad	(4)	(3)	(2)	(1)
2. Me gusta liderar actividades y gestionar tramites que beneficien a mi barrio	(4)	(3)	(2)	(1)
3. Hago propuestas y doy ideas que puedan ayudar a solucionar los problemas de mi comunidad.	(4)	(3)	(2)	(1)
4. Asumo responsabilidades cuando trabajamos de manera conjunta en el barrio para lograr un objetivo común	(4)	(3)	(2)	(1)
5. Me gusta elegir o ser elegido para asumir funciones en la organización de mi comunidad	(4)	(3)	(2)	(1)
6. Trabajo con los miembros de mi comunidad para mejorar la calidad de vida de las personas de mi barrio.	(4)	(3)	(2)	(1)
7. Trabajar activamente con la comunidad puede generar cambios en las condiciones y problemas propios de mi barrio.	(4)	(3)	(2)	(1)

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Código _____ Fecha _____

Mil gracias por participar en el presente estudio que tiene el objetivo de Analizar las relaciones existentes entre el capital social, las cogniciones postraumáticas y la salud mental en la comunidad campesina del Toco, Concordia y Caimán víctima del conflicto armado en el municipio de Codazzi (Departamento del Cesar).

Título investigación: *Relaciones entre capital social, cogniciones postraumáticas y salud mental en las comunidades campesinas víctimas del Conflicto Armado.*

Departamento: Cesar **Municipio** Codazzi
Vereda _____

Edad	Sexo	Estado civil	Nivel educativo	Estrato	Personas a cargo
_____	F () M () Otros (_____)	Soltera (1) Casada (2) U. Libre (3) Separada (4) Viuda (5)	Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Técnica (4) Universitaria (5) Profesional (6)	Estrato 1 (1) Estrato 2 (2) Estrato 3 (3) Otros (4)	SI (1) / NO (2) ¿Cuántos? _____ N° de personas en el Hogar _____
Edad de los miembros de la familia	organizaciones a las que pertenece	Actividad económica	Tipo de desplazamiento:	La relación con la tierra	
(0-12) _____ (13-18) _____ (19-25) _____ (25-50) _____	Sociales (1) Comunitarias (2) Políticas (3) Estatales (4)	Opciones: _____ Informal ama de casa	Individual (1) Masivo (2)	Ocupante o Tenedor (1) ¹ Poseedor (2) ² Propietario (3) ³ Retornado voluntario (4) Retornado y/o Reubicado Institucional (5)	

Más de 50____				
Hecho victimizante	Homicidio (1)			
	Desaparición Forzada (2)			
	Tortura, tratos crueles o degradantes (3)			
	Secuestro (4)			
	Delitos contra la libertad e integridad sexual y reproductiva (5)			
	Amenazas (6)			
	Masacres (7)			
	Muertes (8)			
	Reclutamiento ilegal de menores (9)			
	Lesiones que causaron incapacidad (10)			
	Lesiones que no causaron incapacidad (11)			
	Desplazamiento forzado (12)			
	Despojo de Tierras (13)			
	Pérdida de Bienes o patrimonios (14)			